

Formular für den Eintrag im Verzeichnis der DIAfit Gruppen des Schweizerischen DIAfit Projektes

Ihre Angaben werden im Verzeichnis der DIAfit Gruppen des Schweizerischen DIAfit Projektes aufgeführt. Dieses steht auf www.diafit.ch zum Download bereit und wird interessierten Personen zugeschickt. Eingetragene DIAfit Gruppen können jederzeit eine Änderung der Angaben beim Schweizerischen DIAfit Projekt verlangen und werden mindestens alle zwei Jahre aufgefordert, ihre Daten zu aktualisieren. Für die Richtigkeit der Angaben übernimmt das Schweizerische DIAfit Projekt gegenüber Interessenten keine Gewähr. Die Verantwortung für die Qualität in der DIAfit Gruppenarbeit obliegt der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt und der DIAfit Therapeutin/dem DIAfit Therapeuten.

Das Schweizerische DIAfit Projekt behält sich eine Prüfung der gemachten Angaben vor. Sind gewisse Fragen nicht oder nur unzureichend beantwortet, besteht kein Anspruch auf Aufnahme in das DIAfit Gruppenverzeichnis. Dazu gehören insbesondere Angaben zu folgenden Punkten:

- Zuständiger Arzt, zuständige Ärztin
- Leiterin/Leiter Bewegungsprogramm mit Ausbildung
- Bewegungsprogramm
- Sicherheits- und Notfallkonzept

Angaben für den Eintrag im DIAfit Gruppenverzeichnis

Name der DIAfit Gruppe	
Ort	
Website (falls vorhanden)	
Kontaktperson und -adresse für Auskünfte (für Anmeldung und allgemeine Informationen)	Name: Adresse: Tel. Geschäft: Tel. Privat: E-Mail:
Verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt	Titel, Name: Adresse: Tel.: E-Mail: FMH-Titel <input type="checkbox"/> Diabetologie und Endokrinologie <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> Ärzte-Fortbildung als DIAfit Gruppenleiterin/-leiter <input type="checkbox"/> Leitung amb. 12-Wochen-Diabetes-Rehabilitations-Programm

<p>Weitere Ärzte</p>	<p>Titel, Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>FMH-Titel <input type="checkbox"/> Diabetologie und Endokrinologie <input type="checkbox"/> andere:</p> <p><input type="checkbox"/> Ärzte-Fortbildung als DIAfit Gruppenleiterin/-leiter <input type="checkbox"/> Leitung amb. 12-Wochen-Diabetes-Rehabilitations-Programm</p>
<p>Verantwortliche/r DIAfit Therapeut/in bzw. Leiterin/ Leiter DIAfit Training</p>	<p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>Tel:</p> <p>E-Mail:</p> <p><u>Ausbildung:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diplom DIAfit Therapeut/in <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Sportlehrer/in / Sportwissenschaftler/in <input type="checkbox"/> andere Qualifikationen (z.B. Qualitop):</p>
<p>Weitere Therapeuten</p>	<p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p><u>Ausbildung:</u></p> <p>Therapeut/in: <input type="checkbox"/> Diplom DIAfit Therapeut/in <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Sportlehrer/in / Sportwissenschaftler/in <input type="checkbox"/> andere Qualifikationen (z.B. Qualitop):</p> <hr/> <p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p><u>Ausbildung:</u></p> <p>Therapeut/in: <input type="checkbox"/> Diplom DIAfit Therapeut/in <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Sportlehrer/in / Sportwissenschaftler/in <input type="checkbox"/> andere Qualifikationen (z.B. Qualitop):</p>

<p>Bewegungsprogramm</p> <p>Bitte Aktivitäten definieren, z.B. Gymnastik, Aquafit, Wandern, Krafttraining, ...</p> <p>Falls pro Aktivität mehrere Trainingszeiten und/oder – orte diese bitte angeben!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Aktivität 1:</u> _____ Tag/Zeit: Ort: • <u>Aktivität 2:</u> _____ Tag/Zeit: Ort: • <u>Aktivität 3:</u> _____ Tag/Zeit: Ort: • <u>Aktivität 4:</u> _____ Tag/Zeit: Ort:
<p>Weitere regelmässige Angebote</p>	<p><input type="checkbox"/> Vorträge <input type="checkbox"/> Stressmanagement/Entspannungstechnik</p> <p><input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Ausflüge</p> <p><input type="checkbox"/> Rauchstoppperatung <input type="checkbox"/> anderes:</p>
<p>Kosten zu Lasten der Teilnehmer/innen</p>	<p>Fr. pro Trainingseinheit</p> <p>Fr. pro Jahr</p> <p>Fr. pro Halbjahr</p> <p>Fr. pro Quartal</p> <p>Andere Kostenregelung:</p> <p>Bemerkungen (z.B. zusätzliche Vergünstigungen):</p>

Weitere Angaben (erscheinen nicht im öffentlichen Verzeichnis der DIAfit Gruppen)															
Name der DIAfit Gruppe															
Ort															
Gründungsjahr															
Organisationsform (z.B. Verein)															
Anzahl Mitglieder	Aktive: _____ Passive: _____														
Mitglieder	<input type="checkbox"/> Sind mehrheitlich Patient/innen mit Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Mitglieder mit anderen Erkrankungen oder Risiken, nämlich:														
Spezielles Programm für Diabetes-Patienten	Bitte beilegen.														
Sicherheits- und Notfallkonzept	<p>Die DIAfit Gruppe verfügt über ein Sicherheits- und Notfallkonzept, das vom leitenden Arzt für gut befunden wurde, regelmässig aktualisiert und den Mitgliedern zur Kenntnis gebracht wird.</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														
	<p>Bitte Sicherheits- und Notfallkonzept beilegen.</p> <p>Die DIAfit Gruppe verfügt über einen externen automatischen Defibrillator (AED), der regelmässig gewartet wird. (optional)</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														
Vorkommnisse mit schweren Komplikationen	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Monat/Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keine</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikation exkl. Kreislaufstillstand mit Spitalbedürftigkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hypoglykämie</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hyperglykämie</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andere:</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt wurden die Details abgeklärt und protokolliert.</p> <p>Bemerkungen zum Verlauf:</p>		Monat/Jahr	<input type="checkbox"/> Keine		<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikation exkl. Kreislaufstillstand mit Spitalbedürftigkeit	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hypoglykämie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hyperglykämie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="text"/>
	Monat/Jahr														
<input type="checkbox"/> Keine															
<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikation exkl. Kreislaufstillstand mit Spitalbedürftigkeit	<input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation	<input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hypoglykämie	<input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hyperglykämie	<input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="text"/>														



www.diafit.ch

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben korrekt sind.

Name, Vorname, Leiter/in der DIAfit-Langzeitgruppe

Ort, Datum:

Unterschrift:

Erforderliche Beilagen

- **Sicherheits- und Notfallkonzept**
- **Spezielles Programm für Diabetes-Patienten**

Das Formular steht auch auf www.diafit.ch unter Login mit persönlichem Passwort zum Download bereit.

Bitte senden Sie Ihre Angaben an:
Verein DIAfit, Rütistrasse 3a, 5400 Baden
Fax **056 200 1795**, E-Mail **info@diafit.ch**
Vielen Dank!