

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heutiges Datum _____

Beruf _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Hausarzt anderer Arzt Bekannte Sonstige: _____

Wann und wo war die letzte Blutentnahme? _____

Wie ist Ihr letzter HbA1c-Wert? _____ % (Datum _____)

In welchem Jahr wurde erstmals ein erhöhter Blutzucker gemessen: _____

Ihre Körpergröße: _____ cm

Ihr aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Bei welchen Verwandten ist Diabetes bekannt? _____

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie zuletzt wegen Diabetes behandelt?

Von welchen Ärzten wurden Sie zuletzt behandelt?

Hausarzt Nein Ja, der Name: _____

Augenarzt Nein Ja, der Name: _____

Kardiologe Nein Ja, der Name: _____

Nierenarzt Nein Ja, der Name: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name

Stärke (z.B. 10 mg)

Welche Tageszeit?

Wenn Sie Diabetes-Tabletten nehmen: seit wann? _____

Welches Insulin/welche Insuline spritzen Sie? Zu welcher Uhrzeit und wie viele Einheiten?

Insulin				
Uhrzeit				
Insulin-Einheiten				

Wenn Sie Insulin spritzen: seit wann? _____

Tragen Sie eine Insulinpumpe? Wenn ja: seit wann? _____

Welches Modell? _____

Haben Sie ein Blutzucker-Messgerät? Nein Ja, der Name ist: _____

Wie oft messen Sie den Blutzucker? _____ /pro Tag _____ /pro Woche

Wie oft wechseln Sie die Nadel Ihrer Stechhilfe? _____

Schreiben Sie Ihre Blutzucker-Werte auf? Nein Ja

Haben Sie ein Blutzucker-Tagebuch? Nein Ja, zuhause Ja, dabei

Tragen Sie einen Glukosesensor? Wenn ja, seit wann? _____

Welches Modell? _____

Anzahl der Unterzuckerungen im Monat: ca. _____

Haben Sie an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? Nie Ja, zuletzt _____

Haben Sie an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen? Nie Ja, zuletzt _____

Sind Sie ins DMP eingeschrieben? Nein Ja geplant weiß nicht

Haben Sie den Gesundheitspass Diabetes? Nein Ja, zuhause Ja, dabei

Wenn Sie Blutdruck-Tabletten nehmen: seit wann? _____

Haben Sie ein Blutdruckmessgerät? Nein Ja (Oberarm) Ja (Handgelenk)

Schreiben Sie Ihre Blutdruck-Werte auf? Nein Ja

Ihr letzter Besuch beim Augenarzt war am: _____

Der nächste Besuch beim Augenarzt ist geplant für: _____

Sind diabetesbedingte Augenschäden bekannt? Nein Ja

Wer pflegt Ihre Füße? Sie selbst Familie Med. Fußpflege PodologIn _____

Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihren Füßen? Nein Ja, _____

Haben Sie erhebliche Probleme mit dem Sehen oder Hören? Nein Ja

Treiben Sie Sport? Nie _____ mal pro Woche

Rauchen Sie? Nie Ex-Raucher ca. _____ Zig./Tag Sonstige

Trinken Sie Alkohol? Nie gelegentlich täglich

Wer kocht in Ihrem Haushalt? selbst Partner übrige _____

Sind chronische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Augen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Herz	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Schlaganfall	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Erhöhtes Cholesterin/Blutfette	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Wunden an den Füßen (auch früher)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Lunge	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Leber	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Niere	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____
Bauchspeicheldrüse	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja _____

Sind Allergien gegen Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt? Nein Ja

Fühlen Sie sich in letzter Zeit traurig oder niedergeschlagen? Nein Ja

Was erscheint Ihnen im Zusammenhang mit Diabetes sonst noch berichtenswert?

