

**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?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_