

Fragebogen | Diabetes mellitus

Datum _____ Geburtsdatum _____

Name/Vorname _____

Grund der Vorstellung _____

Überweisung durch _____

Unter welcher Telefonnummer sind Sie zu erreichen? tagsüber _____

Handy _____

Soll ein Arztbrief geschrieben werden? Nein Ja, an: Hausarzt
 Überweiser
 Anderen Arzt

Name _____

Anschrift _____

Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine alten Befunde von anderen Ärzten angefordert werden. **Nein** **Ja**

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Internet
 Empfehlung anderer Ärzte
 Private Empfehlung

Nehmen Sie am DMP der Krankasse teil? Nein Ja
 Wenn ja, seit wann _____

Diabetestyp
 1, seit _____ 2, seit _____ Schwangerschaft _____ Schwangerschaftswoche

Wo fand die Einstellung statt? _____ Wann? _____

Haben Sie bereits an einer Diabetesschulung teilgenommen?
 Nein Ja Falls ja, wann und wo zuletzt? _____

Wie hoch war der letzte HbA1c? _____

Welche Medikamente nehmen Sie für Ihre Zuckerkrankheit? _____

Spritzen Sie Insulin? Nein Ja

Falls ja, welches und wie viele Einheiten? _____

Welche zusätzlichen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät? Nein Ja

Falls ja, welches? _____

Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker am Tag? _____

Haben Sie leichte Unterzuckerungen? Nein Ja, wie oft? _____

Hatten Sie eine Unterzuckerung mit Bewusstseinsverlust? Nein Ja, wann zuletzt? _____

Wann war die letzte Augenarztuntersuchung? _____

Leiden Sie an einer diabetischen Augenbeteiligung? Nein Ja

Leiden Sie an einer diabetischen Nierenbeteiligung? Nein Ja

Leiden Sie an einer diabetischen Nervenstörung? Nein Ja

Ist in der Familie Diabetes bekannt? Nein Ja

Falls ja, bitte Angabe wer _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Sind Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja

Falls ja, welche? _____

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? _____

Unterschrift des Patienten/in