

Formular

Fragebogen Diabetes mellitus

Nummer: FO-23780 Gültig ab: Gültig ab

Datum _____

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Grund der Vorstellung _____

Überweisung durch _____

Wie können wir Sie kontaktieren?

☐ Telefon _____☐ E-Mail _____☐ Handy _____

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

☐ Nein☐ Ja

- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Internet☐ Empfehlung anderer Ärzte☐ Private Empfehlung

Nehmen Sie am DMP der Krankenkassen teil?

☐ Nein☐ Ja

Wenn ja, seit wann _____

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

Wo fand die Ersteinstellung statt? _____ Wann? _____

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, wann und wo zu letzt? _____

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? _____

Formular

Fragebogen Diabetes mellitus

Nummer: FO-23780 Gültig ab: Gültig ab

Welche zusätzlichen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät? ☐ Nein ☐ JaFalls 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 ☐ JaLeiden Sie an einer diabetischen Nierenbeteiligung? ☐ Nein ☐ JaLeiden Sie an einer diabetischen Nervenstörung? ☐ Nein ☐ JaIst in der Familie ein Diabetes bekannt? ☐ Nein ☐ JaFalls ja, bitte Angabe wer

Größe:

 cmGewicht:

 kgSind Ihnen Allergien bekannt? ☐ Nein ☐ JaFalls Ja, welche?

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja,

 Zigaretten pro TagWie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? :

Unterschrift des Patienten/in:
