

Liebe Patientin, lieber Patient,

Diabetestherapie ist sehr individuell. Daher möchten wir vieles über Sie wissen, um Sie optimal behandeln zu können. Sie helfen uns bei dieser Aufgabe, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen. Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.
Vielen Dank!

Persönliche Daten

Vorname Nachname

Geburtsdatum Telefon Handy

Größecm Gewichtkg

Hausarzt.....

Wie möchten Sie von uns kontaktiert werden?

- Post
- Telefon
- nicht erwünscht

Eigenanamnese

Seit wann ist Ihnen die Diagnose Diabetes mellitus bekannt: Typ 1 Typ 2

Sind Sie im Diabetesprogramm Ihrer Krankenkasse eingeschrieben? Ja Nein

Seit wann nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes?

Seit wann spritzen Sie Insulin?

Haben Sie an einer ambulanten Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen?

Diabetes-Schulung: ohne Insulin mit Insulin

Wann (Datum) / Wo (Ort) war diese Schulung?

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzucker-Selbstkontrolle durch und wie häufig?
.....

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren häufige Unterzuckerungen oder schwere Unterzuckerungen mit Fremdhilfe (z.B. Notarzt)?

Welche **Diabetesmedikamente** (Tabletten und/oder Insulin) nehmen Sie ein und wie häufig?

| | morgens | mittags | abends |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wichtig! Bestehen **Folgeerkrankungen** durch den Diabetes?

- Augen Wann war die letzte Augenkontrolle:
- Füße
- Nieren
- Herz Wann war die letzte Herzuntersuchung:
- sexuelle Funktionsstörung

Wichtig! Unter welchen sonstigen Erkrankungen leiden Sie?

- hohem Blutdruck
- hohen Blutfettwerten/Cholesterin
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Gefäßverengung der Beine
- Nierenleiden
- Schilddrüsenerkrankung
- Lungenerkrankung
- Sonstige

Welche **Medikamente** nehmen Sie ansonsten ein und wie häufig?

| | morgens | mittags | abends |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rauchen Sie? Ja Nein wenn ja wie viel Zigaretten/Tag?

Konsumieren Sie Alkohol? Ja Nein wenn ja wie viel?
(täglich/wöchentlich/gelegentlich)

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? (auch Medikamentenallergien) Ja Nein

Wenn ja, Welche?

Sozialanamnese:

Familienstand mit Partner lebend alleinstehend

Beruf..... arbeitstätig berentet

Freizeitaktivitäten Sport (wenn ja: welcher/wie oft)

andere

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datenschutz

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändig. Unsere Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen.