



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich bei uns mit einem Diabetes mellitus vor. Um eine bessere und umfassendere Einschätzung ihrer Situation zu bekommen, dürfen wir Sie bitten folgende Fragen zu ihrer Krankheitsgeschichte mit besonderem Hinblick auf die Zuckererkrankung zu beantworten.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sie haben einen Diabetes mellitus                      Typ 1                      Typ 2                      unklar

Wann wurde die Erkrankung erstmalig festgestellt? \_\_\_\_\_

Wie erfolgt die Blutzuckereinstellung?

Keine Behandlung                      Ernährung                      Tabletten                      mit Insulin seit  
Insulinpumpe seit \_\_\_\_\_

#### MEDIKAMENTE

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

Haben sie einen Medikamentenplan dabei, können Sie uns diesen gerne geben

Messen Sie ihren Blutzucker selber?

Ja    wie oft? \_\_\_\_\_ /Tag bzw. \_\_\_\_\_ /Woche

Welches Blutzuckermessgerät benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Wie alt ist dieses? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal eine schwere Unterzuckerung, bei der Sie auf Fremdhilfe angewiesen waren?

Ja, wann \_\_\_\_\_

Nein

Haben Sie einen blauen Gesundheitspass Diabetes?                      Ja                      Nein

Nehmen Sie an einem ‚DMP/Curaplan Diabetes‘ teil?                      Ja, beim Hausarzt                      Nein

Haben sie schon einmal an einer Gruppenschulung teilgenommen?

Ja, wann zuletzt                      im Krankenhaus                      in der Praxis

Nein

Rauchen Sie?                      Ja, \_\_\_\_\_ Zig/die                      seit: \_\_\_\_\_

Nein, nicht mehr seit \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen ‚zuckerbedingte‘ Folgeschäden bekannt?	Ja	Nein
Schädigung der Augen?	Ja	Nein
Erkrankung der Niere?	Ja	Nein
Durchblutungsstörungen der Beine?	Ja	Nein
Taubheitsgefühl oder Missempfinden in den Füßen?	Ja	Nein
‚zuckerbedingte‘ Wunden an den Füßen?	Ja	Nein

Ist eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen in der Familie bekannt?

Diabetes mellitus	Wer? _____
Bluthochdruck	Wer? _____
Erhöhtes Cholesterin	Wer? _____
Übergewicht	Wer? _____
Herzinfarkt/Schlaganfall	Wer? _____

Bemerkungen:

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Das Praxisteam

