

Name:

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie diesen Fragebogen vor dem Arztgespräch auszufüllen.

Festnetznummer:	E-Mail Adresse:
Mobilnummer:	

<b>Seit wann</b> ist Ihre Diabeteserkrankung bekannt?	
Gibt es in Ihrer <b>Verwandtschaft</b> weitere Diabetes-Fälle?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____
Haben Sie seit der Diagnose...	<input type="checkbox"/> abgenommen _____ kg <input type="checkbox"/> zugenommen _____ kg <input type="checkbox"/> Gewicht unverändert
Wegen welcher <b>Beschwerden</b> kommen Sie zu uns?	<input type="checkbox"/> vermehrter Durst <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> entgleiste Blutzuckerwerte <input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden: _____
Haben Sie bereits an einer <b>Diabetes-Schulung</b> teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein, noch nie. <input type="checkbox"/> ja: Wann? _____ Wo? _____
Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur <b>diabetesgerechten Ernährung</b> ein?	<input type="checkbox"/> ich kenne mich gut aus <input type="checkbox"/> Ich habe mich noch nicht mit dem Thema befasst <input type="checkbox"/> Ich würde gerne noch weitere Informationen erhalten
Nehmen Sie <b>Tabletten gegen den Diabetes</b> ein?	Name und Dosis:

Haben Sie <b>Diabetestabletten nicht vertragen</b> oder aus anderen Gründen nicht weiternehmen können?	Name und Probleme:
Wird Ihr Diabetes mit <b>Insulin</b> behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:    Insulin-Name: _____ Einheiten:    _____  Insulin Name: _____ Einheiten:    _____
Hatten Sie im letzten Monat <b>Unterzuckerungen</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:    wie oft? _____ Symptome? _____
<b>Kontrollieren</b> Sie Ihre Blutzuckerwerte selbst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:    wie häufig? ____/Woche, ____/ Tag mit welchem Gerät? _____ _____  <input type="checkbox"/> ja, mit einem Sensor Name: _____
Sportliche Aktivitäten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:    wie häufig? ____/Woche
Sind bei Ihnen <b>Folgen des Diabetes</b> aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an folgenden Organen: <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Nerven <input type="checkbox"/> Sexualfunktionsstörung <input type="checkbox"/> andere: _____
Wann war Ihre letzte Untersuchung beim <b>Augenarzt</b> ?	_____ <b>Ergebnis:</b> <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Laser oder Spritzen
Hatten Sie bereits...	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Bypassoperation

	<input type="checkbox"/> Eingriff an den Herzkrankgefäßen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
Liegen sonstige <b>Risikofaktoren</b> für die Gefäße vor?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Blutfett-Erhöhung <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Schlaganfall in der Familie
<b>Rauchen</b> Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, nicht mehr (seit _____) <input type="checkbox"/> ja, seit _____ . _____ Zigaretten / Tag
Trinken Sie regelmäßig <b>Alkohol</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: wie häufig? ____/Woche
Welche <b>weiteren Medikamente</b> nehmen Sie regelmäßig ein?	Name und Dosis:
Sind bei Ihnen <b>Operationen</b> durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Wann? _____  Welche? _____
Wurden folgende <b>Untersuchungen</b> bei Ihnen in den letzten 4 Monaten durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Blutwerte (z.B. Cholesterin, Nierenwerte) <input type="checkbox"/> HbA1c Wert <input type="checkbox"/> Ultraschall der Bauchorgane
Liegt eine <b>Pflegestufe</b> vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? _____
Welchen <b>Beruf</b> üben Sie aus?	
Haben Sie <b>Allergien</b> ?	