

Name:

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie diesen Fragebogen vor dem Arztgespräch auszufüllen.

Festnetznummer:	E-Mail Adresse:
Mobilnummer:	

Seit wann ist Ihre Diabeteserkrankung bekannt?	
Gibt es in Ihrer Verwandtschaft 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 Beschwerden 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 Diabetes-Schulung teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein, noch nie. <input type="checkbox"/> ja: Wann? _____ Wo? _____
Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur diabetesgerechten Ernährung 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 Tabletten gegen den Diabetes ein?	Name und Dosis:

Haben Sie Diabetestabletten nicht vertragen oder aus anderen Gründen nicht weiternehmen können?	Name und Probleme:
Wird Ihr Diabetes mit Insulin behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Insulin-Name: _____ Einheiten: _____ Insulin Name: _____ Einheiten: _____
Hatten Sie im letzten Monat Unterzuckerungen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: wie oft? _____ Symptome? _____
Kontrollieren 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 Folgen des Diabetes 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 Augenarzt ?	_____ Ergebnis: <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 Risikofaktoren für die Gefäße vor?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Blutfett-Erhöhung <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Schlaganfall in der Familie
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, nicht mehr (seit _____) <input type="checkbox"/> ja, seit _____ . _____ Zigaretten / Tag
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: wie häufig? ____/Woche
Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	Name und Dosis:
Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Wann? _____ Welche? _____
Wurden folgende Untersuchungen 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 Pflegestufe vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? _____
Welchen Beruf üben Sie aus?	
Haben Sie Allergien ?	