

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie, den Bogen möglichst vollständig und gewissenhaft auszufüllen.

Dadurch können wir Sie umfassender und sicherer behandeln.

Telefon: _____ Handy: _____

Im Notfall bitte benachrichtigen: _____ Telefon: _____

Beruf: _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit/GdB: _____ Pflegestufe: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Alkoholkonsum: nein ja _____ /Tag

Nikotin: nein ja _____ /Tag

Schwanger: nein ja _____ /Woche

Kinder: nein ja _____

Lebenspartner: nein ja _____

Aktuelle Beschwerden:

Ihr größter Wunsch an uns:

Wer ist Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt: _____

Vorerkrankungen:**Erläuterungen:**

Erhöhter Blutzucker:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Erhöhter Blutdruck:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Erhöhte Blutfette:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Thrombosen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Bauchspeicheldrüsenerkr.:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Magenerkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Darmerkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkr.:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Orthopädische Erkr.:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Rheumatische Erkr.:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Operationen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Krankenhausaufenthalte:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Medikamentenallergien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Allergien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	_____

Ihr Name: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament mit Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Eltern oder Geschwister erkrankt an:

Erhöhter Blutzucker: nein ja _____

Erhöhter Blutdruck: nein ja _____

Erhöhte Blutfette: nein ja _____

Herzinfarkt/Schlaganfall: nein ja _____

Tumorerkrankung: nein ja _____

Sonstige: nein ja _____

Auf die Praxis wurden Sie aufmerksam durch:

Empfehlung: _____

Internet: _____

Sonstiges: _____

Ihr Name: _____

Wenn Sie Diabetes haben, füllen Sie bitte noch die Rückseite aus!

Sie haben Diabetes?

Diabetes Typ 2: oder Diabetes Typ 1: seit: _____

Chronikerprogramm für Diabetes? nein ja bei: _____

Messen Sie Ihren Blutzucker selber? nein ja _____ x täglich

Messen Sie Ihren Blutdruck selber? nein ja _____ x täglich

Ist Ihr Augenhintergrund untersucht? nein ja wann: _____

Wurde Ihr Morgenurin untersucht? nein ja wann: _____

Wurden Ihre Füße untersucht? nein ja wann: _____

Hatten Sie eine Diabetes- Schulung? nein ja wann: _____

Hatten Sie eine Blutdruck-Schulung? nein ja wann: _____

Spritzen Sie Insulin? nein ja seit wann: _____

Insulin zum Essen: Name: _____ Dosis: _____ / _____ / _____ / _____

Langzeitinsulin: Name: _____ Dosis: _____ / _____ / _____ / _____

Tragen Sie eine Insulinpumpe? nein ja Modell: _____

Probleme mit der Diabetestherapie? nein ja _____

Diabetesfolgeerkrankungen bekannt? nein ja welche?: _____

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Diabeteseinstellung?

gut befriedigend unzufrieden

Ihr größter Wunsch an uns?

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!