

GEMEINSCHAFTSPRAXIS HERBER/HERBER/DERSTROFF/ HELMERICH/DRINNEBERG

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.....

Eigenanamnese:

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

Haben Sie an einer ambulanten Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen?

Diabetes-Schulung: ohne Insulin mit Insulin

Wann war diese Schulung?

Wo hat die Schulung stattgefunden?.....

Seit wann nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes

Seit wann spritzen Sie Insulin

Wichtig! Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an:

Augen Wann war die letzte Augenkontrolle

Füßen

Nieren

Herz

Wann war die letzte Herzuntersuchung

Wichtig! Unter welchen sonstigen Erkrankungen leiden Sie?

hohem Blutdruck

hohen Blutfettwerten/Cholesterin

Herzinfarkt

Schlaganfall

Gefäßverengung der Beine

Nierenleiden

Schilddrüsenerkrankung

Lungenerkrankung

Sonstige

bitte wenden

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

	morgens	mittags	abends
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

	morgens	mittags	abends
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

.....

Wie viele Unterzuckerungen hatten Sie im letzten Jahr?

Wie viele davon waren schwere Unterzuckerungen, die Fremdhilfe (z.B. Notarzt) notwendig machte?

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

Konsumieren Sie Alkohol? Ja Nein wenn ja wie viel?

(täglich/wöchentlich/gelegentlich)

Sind Sie im DMP Diabetes (z.B. Curaplan) eingeschrieben? Ja Nein

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!