

Name: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt/Hausärztin: _____

Krankenversicherung: _____

Sehr verehrte Patientinnen und Patienten,

Um uns optimal auf Ihren Termin vorzubereiten, benötigen wir Ihre geschätzte Mitarbeit.



Ihre Größe:

cm



Ihr Gewicht:

kg

Wann wurde bei Ihnen erstmalig ein Diabetes mellitus festgestellt? _____

Wie hoch war Ihr letzter Hba1c (falls bekannt) ? _____

Falls Sie Insulin spritzen, wie lange schon? _____

Wann hatten Sie Ihre letzte Diabetikerschulung? _____

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes? _____

Bitte schildern Sie ihre aktuellen Probleme und Beschwerden: _____

Benötigen Sie eine Begleitperson (z.B. Schwerhörigkeit, Übersetzer, Demenz)? _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt:

- | | |
|--|---|
| Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Chronische Herzinsuffizienz (Herzschwäche) | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Hohe Cholesterinwerte (Blutfette) | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma bronchiale / COPD | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| AVK (Durchblutungsstörungen der Arterien) | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| KHK / Herzinfarkt | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Nächtliche Atemaussetzer | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Polyneuropathie (Nervenschäden der Beine) | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetische Augenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

Welche anderen Erkankungen haben Sie?

-
- | | | |
|----------------------|---|-----------------|
| Treiben Sie Sport? | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Wie viel: |
| Rauchen Sie? | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Zigaretten/Tag: |
| Trinken Sie Alkohol? | Nein <input type="checkbox"/> / Gelegentlich <input type="checkbox"/> / Regelmäßig <input type="checkbox"/> | |
-

Messen Sie Blutzucker? Ja / Nein Wie oft:

Mit welchem Blutzuckermessgerät?

Führen Sie ein Blutzuckertagebuch? Ja / Nein

Haben Sie Probleme mit Unterzuckerungen? Ja / Nein

Regelmäßige DMP Teilnahme in der Hausarzt-Praxis? Nein / Alle 3 Monate / Alle 6 Monate

Aufnahmebogen für die Diabetes-Schwerpunktpraxis

Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen haben oder Medikamentenallergien?

Falls Sie einen Medikamentenplan haben, fügen Sie ihn bitte den Unterlagen bei!

Wenn Sie keinen Mediakamentenplan haben, welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	Dosis	morgens/mittags/abends/zur Nacht
		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

bitte benutzen Sie ggf. die Rückseite

Falls Sie einen Insuliplan haben, fügen Sie ihn bitte den Unterlagen bei!

Wenn Sie keinen Insulinplan haben, wie spritzen Sie?

Insulin	Dosis	Häufigkeit

Tragen Sie eine Insulinpumpe? Ja / Nein

Welches Gerät?

Wie hoch ist Ihre Basalrate?

Checkliste

Bitte folgende Unterlagen jedes Quartal mitbringen:

- Überweisung der Hausarztpraxis
- Krankenversicherungskarte
- Aktueller Medikamentenplan, Insulinplan, falls vorhanden
- Aktuelle Laborwerte, falls vorhanden
- Aktuelle Vorbefunde, falls vorhanden
- Blutzuckermessgerät, falls vorhanden Blutzuckersensor
- DMP Teilnahmeerklärung, falls es in der Hausarztpraxis durchgeführt wird

Zum Termin bei der Ärztin / Diabetesberaterin

- Ihre "Diabetesausrüstung": Pens, Blutzuckermessgerät, Stechhilfe
- Blutzuckertagebuch, Insulinplan, falls vorhanden

Gibt es noch etwas, das aus Ihrer Sicht wichtig ist?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam