

★ Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes sind uns einige Informationen wichtig.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Herr Frau

Datum: _____

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Adresse: _____

Email: _____ Fax: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Telefon geschäftlich: _____ Krankenkasse: _____

Beruf _____ Vollzeit Teilzeit Rentner Sonstiges

Größe: _____ Gewicht: _____ (schwängere Patientinnen: Gewicht vor Schwangerschaft angeben)

Welche Form von Diabetes mellitus liegt bei Ihnen vor?

Typ 1 Typ 2 _____ Wann ist dieser festgestellt worden? _____

Wie war der letzte HbA1c (der Langzeit-Zuckerwert)? _____

Wie oft wechseln Sie die Nadel bzw. den Katheter? _____

Welche Nadeln (Nadellänge) bzw. welche Katheter benutzen Sie? _____

Kommen Sie mit der aktuellen Therapie gut zurecht?

ja nein – warum nicht? _____

Bestimmen Sie selbst Ihre Zuckerwerte?

nein ja

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Unterzuckerung ?

nein ja: Wie oft? _____ wurde fremde Hilfe benötigt? nein ja

Haben Sie bereits an einer Diabetesschulung teilgenommen?

nein ja: wann? _____

Nehmen Sie derzeit am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil?

nein ja, bei _____

Rauchen Sie? nein ja, seit __ Jahren ca. __ Zigaretten täglich seit _____ Jahren nicht mehr

Trinken Sie Alkohol? nie selten regelmäßig

Wie ist Ihre Lebenssituation?

allein lebend mit Partner verheiratet Kinder im Haus

Gibt es in Ihrer Familie Menschen mit Diabetes? nein ja: wer? _____

Was sind Ihre Hobbys? _____

Sind Sie sportlich aktiv? _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

- Bluthochdruck nein ja, seit: _____
- Herz-Kreislauf nein ja, welche: _____
- Lunge nein ja, welche: _____
- Magen-Darm nein ja, welche: _____
- Bauchspeicheldrüse-Leber nein ja, welche: _____
- Nieren nein ja, welche: _____
- Geschlechtsorgane nein ja, welche: _____
- Schilddrüse nein ja, welche: _____
- Bösartige Erkrankungen nein ja, welche: _____
- Infektionskrankheiten nein ja, welche: _____
- Nervenerkrankungen nein ja, welche: _____
- Augenerkrankungen nein ja, welche: _____
- Psychische Erkrankungen nein ja, welche: _____
- Allergien nein ja, welche: _____
- Sonstiges _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim

Augenarzt _____ (Jahr) Zahnarzt _____ (Jahr) Fußpflege/Podologie _____ (Jahr)

Was sind Ihre Wünsche/ Anliegen an die Praxis?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja – bitte hier eintragen.

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf

Sollten der Platz für ihre Medikamentenliste nicht ausreichen, schreiben Sie bitte auf der Rückseite weiter