

Frau/Herr _____, geb. _____

Email _____, Telefon: _____

Adresse _____

Krankenkasse _____ Datum: _____

★ 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 vertraulich behandelt.

Welche Form von Diabetes mellitus liegt bei Ihnen vor?

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

Wie wird Ihr Diabetes behandelt? bisher gar nicht

- mit Tabletten seit _____ (tragen Sie sie bitte in den Medikamentenplan ein)
- mit Insulin seit _____ (tragen Sie dieses bitte in den Medikamentenplan ein)
- mit Insulinpumpe – Name der Insulinpumpe: _____

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: wie heißt das Messgerät? _____ Wie alt ist es? _____
Wie häufig messen Sie den Zucker? _____ mal täglich _____ mal wöchentlich

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Unterzuckerung ?

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

Haben Sie bereits an einer Diabeteschulung teilgenommen?

nein ja: wann? _____ wo? _____ welche? _____

Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil? nein ja

Rauchen Sie? nein ja, seit ___ Jahren ___ Zigaretten/Tag seit ___ Jahren nicht mehr

Trinken Sie Alkohol? nie selten regelmäßig

Wie ist Ihre Lebenssituation?

allein lebend mit Partner verheiratet Kinder im Haus
 berufstätig (Vollzeit Teilzeit als _____) berentet

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

Was sind Ihre Hobbys? _____ **Sind Sie sportlich aktiv?** _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Lunge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Magen-Darm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Bauchspeicheldrüse-Leber	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Nieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Sonstiges	_____	

Wann waren Sie das letzte Mal bei

Augenarzt _____ Zahnarzt _____ Fußpflege/Podologie _____

Was sind Ihre Wünsche/ Anliegen an die Praxis?

