

★ Patientenfragebogen Diabetes



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes sind uns einige Informationen wichtig. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Herr Frau Datum: _____
Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.** _____
 Adresse: _____
 Email: _____ Fax: _____
 Telefon: _____ Handy: _____ Telefon geschäftlich: _____
 Beruf _____ Vollzeit Teilzeit Größe: _____ Gewicht: _____

Welche Form von Diabetes mellitus liegt bei Ihnen vor?

Typ 1 Typ 2 _____ seit _____ Wie war der letzte HbA1c: _____

Kommen Sie mit der aktuellen Therapie gut zurecht? ja nein, weil: _____

Welche Nadeln/Katheter (Länge) benutzen Sie? _____ **Wie oft wechseln Sie Nadel/Katheter?** _____

Messen 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

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? _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

nein ja, folgende: _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim

Augenarzt _____ Zahnarzt _____ Fußpflege/Podologie _____

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

Sollte der Platz für Ihre Medikamentenliste nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite.