

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir Sie umfassend und kompetent behandeln können ist es wichtig, dass wir Ihre Krankenvorgeschichte, insbesondere im Hinblick auf Ihre Diabeteserkrankung kennen. Dieser Fragebogen dient uns als Grundlage. Bitte beantworten Sie die Fragen, soweit Ihnen Kenntnisse darüber vorliegen. Alles weitere klären wir mit Ihnen im Gespräch.

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Tel: _____ **Email:** _____

Hausarzt: _____ **Pflegestufe:** _____ **GdB:** _____ %

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

Sie leiden an einem Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Anderer unklar

Wann und wo wurde erstmals die Diagnose gestellt ? _____

Wie hoch war der letzte HbA1c? _____ Wann und wo gemessen? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____

Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt?

Schädigung des Augenhintergrundes (Retinopathie), Laserbehandlung ja nein

Erkrankung des Herzens (Durchblutungsstörung (KHK) oder Herzinfarkt)

Schädigung des Nierenfunktion (Nephropathie)

Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)

Taubheitsgefühl der Füße (diab. Polyneuropathie)

Diabetesbedingte Wunde an den Füßen (diab. Fußsyndrom)

Besteht aktuell eine Fußwunde? ja nein

Bei Männern: Erektionsstörungen

Sind folgende Begleiterkrankungen bekannt?

Bluthochdruck Fettstoffwechselstörungen (hohe Blutfettwerte)

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom Psychische Erkrankungen

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja _____ nein

Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag? ja ___ Zig/Tag früher nein

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten (auch Medikamente)? _____

Bitte nennen Sie uns weitere relevante Vorerkrankungen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Tumorerkrankungen, Schlaganfall, psychische Erkrankungen).

Wie wird Ihr Diabetes bisher behandelt?

- bisher keine Therapie mit diabetesgeeigneter Ernährung mit Tabletten
- mit Insulin, seit _____ Insulinpumpe, seit: _____

Bitte tragen Sie Tabletten und Insulin in die Tabelle unterhalb ein.

Blutzuckermessung

Welches Blutzuckermess-Gerät besitzen Sie? _____

Wie häufig messen Sie den Blutzucker? _____

CGM-Sensor

Tragen Sie einen Sensor zur kontinuierlichen Glukosemessung (z.B. Libre 3, Dexcom)?

- ja, Welchen Sensor tragen Sie? _____ nein

Bei Insulintherapie

Welche Nadellänge haben Sie? _____ Wie häufig wechseln Sie die Nadeln ? _____

Wohin spritzen Sie das Insulin? Bauch Oberschenkel _____

Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat ? ____ / davon wie viele schwere _____

Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe: _____

Bitte tragen Sie Ihre **aktuelle Medikation** ein. Geben Sie alle Medikamente an, die Sie einnehmen (z.B. auch Ihre Blutdruckmediaktion). Alternativ können Sie uns Ihren Medikationsplan beilegen.

Medikament	morgens	mittags	abends	bei Bedarf	Bemerkungen

Familie und Beruf

Familienstand allein lebend mit Partner lebend Kinder im Haus

Beruf _____ Rentner

Bemerkungen

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Ihr Team der Gemeinschaftspraxis Schaden