

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**