

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten den nachfolgenden Fragebogen ergänzend zu unserem allgemeinen Diabetes-Fragebogen zu beantworten. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen soweit es Ihnen möglich ist. Alles Weitere klären wir mit Ihnen im Gespräch.

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

INSULINPUMPEN-ANAMNESE

Welche **Insulinpumpe** tragen Sie und seit wann? _____

Hatten Sie vorher ein anderes Pumpenmodell? _____

Warum wurde auf eine Insulinpumpe umgestellt?

- Verbesserung der Stoffwechseleinstellung
- Kinderwunsch/Schwangerschaft
- DAWN-Syndrom
- häufige Hypoglykämien/Wahrnehmungsstörung
- berufliche Gründe
- geringe Tagesdosis
- Folgeerkrankungen
- andere Gründe: _____

Welchen **Insulinkatheter** benutzen Sie? _____

Kanülenlänge: _____, Schlauchlänge: _____, Wie oft wechseln Sie den Insulinkatheter? _____

Haben Sie häufiger Katheterprobleme? Ja Nein

Wenn ja, welche? Leckage Verschluss Entzündungen Probleme beim Setzen

Wann haben Sie Ihre **Basalrate** das letzte Mal umprogrammiert? _____

Haben Sie verschiedene Basalraten einprogrammiert? Ja, Anzahl: _____ Nein

Wie oft nutzen Sie temporäre Basalratenveränderungen? _____

Welche **Bolusformen** benutzen Sie? _____

Bitte geben Sie in die unten stehende Tabelle Ihre aktuelle **Basalrate** ein

Uhrzeit	Basalrate	Uhrzeit	Basalrate	Uhrzeit	Basalrate	Uhrzeit	Basalrate
0:00-1:00		6:00-7:00		12:00-13:00		18:00-19:00	
1:00-2:00		7:00-8:00		13:00-14:00		19:00-20:00	
2:00-3:00		8:00-9:00		14:00-15:00		20:00-21:00	
3:00-4:00		9:00-10:00		15:00-16:00		21:00-22:00	
4:00-5:00		10:00-11:00		16:00-17:00		22:00-23:00	
5:00-6:00		11:00-12:00		17:00-18:00		23:00-24:00	

Geben Sie bitte Ihre **ICT-Daten** an

	Zielwert	Korrekturfaktor	BE/KE-Faktor / KH-Faktor / KI-Verhältnis
morgens			
mittags			
abends			
nachts			

Wie häufig hatten Sie eine **Ketoazidose**? Wann zuletzt? _____

Messen Sie Blut-/Urinketone? Ja Nein

Haben Sie ein strukturiertes Management im Falle einer Ketoazidose? Ja Nein

Haben Sie gehäuft **Hypoglykämien (Unterzuckerungen)**? Ja Nein

Hatten Sie Unterzuckerungen, bei denen Sie Fremdhilfe benötigten? Ja Nein

Ab einem welchen Blutzucker nehmen Sie Unterzuckerungen wahr? _____

Besitzen Sie eine Glukagon-Hypokit? Ja Nein

Sind Angehörige/Freunde darin eingewiesen? Ja Nein

Welche Insulintherapie haben Sie als **Notfallversorgung**, wenn die Pumpe ausfällt?

Ersatzpumpe: _____

Einmalspritzen, um Insulin aus dem Pumpeninsulin zu verwenden

Insulinpens mit kurzwirksamen Insulin und Basalinsulin zu Hause vorrätig

Basalinsulin: _____ Dosis: _____

Kurzwirksames Insulin: _____

Gibt es Situationen, in denen Sie die Pumpe ablegen und bei längerer Dauer auf eine Insulinversorgung mit Pen umstellen (z.B. Sport, im Urlaub) ? _____

GLUKOSEMESSUNG

Welches **Blutzuckermessgerät** benutzen Sie? _____

Benutzen Sie ein **CGM-System** und wenn ja seit wann? _____

Gründe für die Beantragung des CGM-Systems waren:

Verbesserung der Stoffwechseleinstellung häufige Hypoglykämien/Wahrnehmungsstörung

berufliche Gründe häufige Messungen notwendig Schwangerschaft/Kinderwunsch

andere Gründe: _____

Wie sind Ihre Alarmer derzeit eingestellt? _____

Wann wurden Sie im Hinblick auf Ihr CGM-System zuletzt geschult? _____

Bemerkungen

Vielen Dank!

Ihr Team der Gemeinschaftspraxis Schaden