

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 eine 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 Alarme derzeit eingestellt? \_\_\_\_\_

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

## Bemerkungen

---

---

---

---

**Vielen Dank!**

**Ihr Team der Gemeinschaftspraxis Schaden**