



Um einen umfassenden Überblick über Ihren Diabetes und um sie optimal betreuen zu können bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Selbstverständlich fallen Ihre Angaben unter die Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühen.

Eine diabetologische Schulung / Mitbehandlung ist nur möglich, wenn Sie ins DMP eingeschrieben sind

Name :	Vorname:
Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:
Wann wurde Ihr Diabetes festgestellt:	Monat / Jahr:
Welche Beschwerden machten sich bei der Feststellung bemerkbar?	
<input type="checkbox"/> Vermehrter Durst	
<input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlassen	
<input type="checkbox"/> Ungewollte Gewichtsabnahme	
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme vor Feststellung (in 12 Monaten): <input type="checkbox"/> < 5kg <input type="checkbox"/> < 10kg <input type="checkbox"/> < 15kg <input type="checkbox"/> > 15kg	
<input type="checkbox"/> Sehstörung	
<input type="checkbox"/> Leicht erhöhte Blutzuckerwerte (100-200mg/dl)	
<input type="checkbox"/> Dtl. erhöhte Blutzuckerwerte (> 200mg/dl)	
Welcher Diabetes liegt bei Ihnen vor? <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Typ 3 <input type="checkbox"/> mir nicht bekannt	
Leiden Familienmitglieder an einem Diabetes mellitus (bitte Angabe mit Typ)?	
Leiden Sie an Folgeerkrankungen des Diabetes	
Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Infarkt	
Nierenerkrankung	
Diabetische Netzhautveränderungen (Auge)	
Durchblutungsstörungen der Beine	
Diabetische Nervenentzündung	
Störungen beim Verkehr	
Bitte geben Sie hier weitere ernste durchgemachte Erkrankungen an:	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Zigaretten/Tag, seit Monat / Jahr:	
Wieviel Alkohol trinken Sie in der Woche? (Bier, Wein, sonstige Alkoholika)	



Bitte schätzen Sie Ihre Kenntnisse ein	gut	mittel	schlecht	Gar nicht
BE / KE Berechnung				
Dosisanpassung				
Dosisanpassung bei Sport oder körperlicher Belastung				
Hypoglykämie(Unterzuckerung)				
Ketoazidose-Selbstbehandlung				
Erkrankungen bei Eltern und Geschwistern?				
Herzinfarkt < 60 Lebensjahr:				
Hoher Blutdruck (Art. Hypertonie)				
Schlaganfall < 60 Lebensjahr:				
Hohes Cholesterin:				
Übergewicht:				
Wer ist Ihr Hausarzt				
Soll Ihr Hausarzt einen Bericht bekommen?				
Wer ist Ihr Augenarzt				
Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?				

Weitere Informationen für uns, die Sie für wichtig halten:

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit einer Übermittlung der Befunddaten an meinen Hausarzt bin ich einverstanden:

ja nein

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt:

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient)