



Persönliche Daten

Vorname		Nachname	
Adresse			
Geburtsdatum			
Telefon		Mobil	
e-mail			
Größe	cm	Gewicht	kg
Hausarzt			

Liebe Patientin, lieber Patient,

Diabetestherapie ist sehr individuell. Daher möchten wir vieles über Sie wissen, um Sie optimal behandeln zu können. Sie helfen uns bei dieser Aufgabe, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen. Vielen Dank!

Eigenanamnese:

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2

Seit wann nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes? _____

Seit wann spritzen Sie Insulin? _____

WICHTIG! Es bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an

Augen Wann war die letzte Augenkontrolle? _____

Füßen

Nieren

Herz Wann war die letzte Herzuntersuchung? _____

WICHTIG! Es bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an

hohem Blutdruck

Schlaganfall

Schilddrüsenerkrankung

hohen Blutfettwerten/Cholesterin

Gefäßverengung der Beine

Lungenerkrankung

Herzinfarkt

Nierenleiden

Sonstige

Welche Diabetesmedikamente

(Tabletten und/oder Insulin) nehmen Sie ein und wie häufig?

morgens

mittags

abends

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

morgens

mittags

abends

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzucker-Selbstkontrolle durch und wie häufig?

Haben Sie an einer Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen?

Wann und wo: _____

Wieviele Unterzuckerungen hatten Sie im letzten Jahr? _____

Wieviele davon waren schwere Unterzuckerungen,
die Fremdhilfe (z. B. Notarzt) notwendig machte? _____

Rauchen Sie? _____ Ja

Nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten/Tag?

Konsumieren Sie Alkohol? _____ Ja

Nein

Wenn ja, wieviel? _____ (täglich/wöchentlich/gelegentlich)

Sozialanamnese:

Familienstand: mit Partner lebend alleinstehend

Beruf: _____ arbeitstätig berentet

Kinder: _____

Freizeitaktivitäten:

Sport: (Wenn ja, welcher und wie oft?) _____

Andere: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient