hormonexpert®

Diabetes
Schwerpunktpraxis

Zentrum für Schilddrüsen-Erkrankungen

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Gerhard Eberlein
& Kollegen

Fragebogen Neupatient - Diabetes mellitus

Die folgenden Fragen helfen uns, alle relevanten Informationen für Ihre Behandlung zu erfassen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

DIABETES EXZELLENZ ZENTRUM DDG

Name: _____ Vorname: _____ geb.am.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Privat: _____ Tel.-Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beruf/Tätigkeit: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Hausarzt: _____

Elektronische Patientenakte (ePA)? □ ja □ nein

Teilnahme an Hausarztzentrierter Versorgung (HZV): □ ja □ nein

Nehmen Sie am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes (DMP) teil?

□ Ja, wo? _____ □ nein □ weiß nicht

Diabetes Typ? □ Typ 1 □ Typ 2 □ anderer _____ seit wann? _____

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät/ Glucosesensor? □ nein □ ja, welches _____

Tragen Sie eine Insulinpumpe? □ nein □ ja, welche? _____

Wie oft messen Sie ihren Blutzucker? _____

Haben Sie Unterzuckerungen? □ nein □ ja, wie oft? _____
mit Fremdhilfe im letzten Jahr □ nein □ ja, _____mal

Ab welchem Wert spüren Sie einen Unterzucker? _____ mg/dl

Haben Sie schon an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? □ nein □ ja, zuletzt _____

Letzter HbA1c-Wert? _____% am _____

Größe: _____cm Gewicht: _____kg

Besteht eine Schwangerschaft? □ nein □ ja, in der _____ Schwangerschaftswoche,
Errechneter Geburtstermin: _____

Sind Sie Autofahrer? □ ja □ nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? □ nein □ ja, GdB _____

Rauchen Sie? □ nein □ ja, wieviel: _____/Tag,

E-Zigarette? □ nein □ ja, wie oft? _____/Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? □ nein □ ja, wieviel: _____

Stuhlgang: □ normal □ Durchfall □ Verstopfung

Wasserlassen: wie oft?_____ □ normal □ Brennen □ nachts □ sonstiges _____

Trinkmenge/Tag: ca. _____Liter

Bitte Seite 2 beachten!

Diabetes
Schwerpunktpraxis

Zentrum für Schilddrüsen-Erkrankungen

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Gerhard Eberlein
& Kollegen

Fragebogen Neupatient - Diabetes mellitus

Name: _____ Vorname: _____ geb.am.: _____

Ist in der Familie ein Diabetes bekannt? Wenn ja, bei wem? _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt:
Diabetesbedingte Folgeerkrankungen?

□ Nervenschmerzen/Polyneuropathie □ Retinopathie (Auge) □ Nephropathie (Niere)

□ sexuelle Funktionsstörungen

Diabetischer Fuß □ nein □ ja □ Amputationen, wo?_____

Haben oder hatten sie Wunden an den Füßen? □ nein □ ja, wo? _____
Tragen Sie Einlagen □ oder spezielle diab. Schuhe?

Weitere Erkrankungen:

□ Herz	□ Blutdruck	□ Niere	□ Lunge
□ Schlaganfall	□ Leber	□ Schilddrüse	□ Durchblutungsstörungen
□ Bauchspeicheldrüse	□ Depressionen	□ Wirbelsäule	□ Implantate
□ sonstige			

Wann war Ihr letzter Termin beim Augenarzt mit Kontrolle des Augenhintergrundes?

_____

Regelmäßiger Zahnarztbesuch? □ Wann zuletzt? _____

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? □ HIV □ Hepatitis
□ sonstige _____

Haben Sie Allergien? □ nein □ ja, welche?_____

Welche Diabetes-Medikamente nehmen Sie ein?

_____

Welches Insulin spritzen Sie?

_____

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

_____

_____

Bitte legen Sie einen vollständigen Medikamentenplan (möglichst bundeseinheitlicher Medikamentenplan) und – falls vorhanden - ein vollständiges Insulinschema, bei Pumpenträgern Basalrate, vor.

Bayreuth, den _____ Unterschrift Patient: _____