

## Diabetologischen Behandlung – Aufnahmebogen

### Ihre Termine

Labor:

Sprechstunde:

Schulung:

### Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum ersten Sprechstundentermin mit!

- Chipkarte
- Befreiungsausweis
- Überweisung vom Hausarzt, mit Vermerk, ob DMP-Einschreibung schon erfolgt ist**
- Diabetespass
- Befunde und Laborwerte des Hausarztes oder von Fachärzten
- Krankenhausberichte
- Blutzuckertagebuch mit aktuellen Blutzuckerwerten
- Insulinstifte, Blutzuckermessgerät mit Teststreifen, Stechhilfe, falls vorhanden
- aktueller Medikamentenplan
- ausgefüllter Fragebogen

### Bitte füllen Sie die Unterlagen sorgfältig aus. Vielen Dank.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

Familienstand:

Beruf:

Freizeitaktivität/Sport

Häufigkeit:

Behinderung anerkannt:

Grad:

Rauchen Sie?

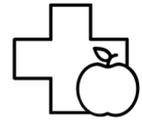
ja

nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja

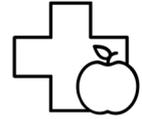
nein



Art der Erkrankung	Eigene Erkrankung		Erkrankung in der Familie	
	Nein	Ja, seit?	Nein	Ja, wer?
Diabetes mellitus				
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Bluthochdruck				
Schilddrüsenerkrankung				
Erhöhte Blutfette				
Krebserkrankung				
Erhöhte Harnsäure				
Lebererkrankung				
Angina pectoris, Koronare Herzkrankheiten				
Sonstige Herzerkrankung				
Krampfadern				
Sonstige Erkrankungen <i>Bitte hier ergänzen!</i>				

**Welcher Diabetes-Typ liegt bei Ihnen vor?**

- Typ 1                       Typ 2                       Typ 3  
 Schwangerschaftsdiabetes                       weiß ich nicht



**Wie und wann wurde der Diabetes festgestellt? Bitte kreuzen Sie an.**

- im Krankenhaus
- bei einem Schlaganfall/Herzinfarkt
- zufällig
- bei typischen Beschwerden wie Juckreiz, Durst, Müdigkeit, Infekte
- bei einer Operation
- Sonstiges
- beim Check up

**Nehmen Sie Medikamente wegen des Diabetes mellitus ein?**

- ja  nein

Tabletten	seit wann?	Wie?	Anmerkung

Insulin	seit wann?	Wie?	Anmerkung

**Haben Sie an einer Schulung teilgenommen?**  ja  nein

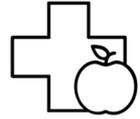
Wann?

**Besitzen Sie ein Blutzuckermessgerät?**  ja  nein

Wenn ja, welches?

**Besitzen Sie eine Stechhilfe oder Lanzetten:**  ja  nein

Wenn ja, welche?



**Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker? Bitte ankreuzen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 mal pro Tag                       | <input type="checkbox"/> 1 mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 3 bis 4 mal pro Tag                 | <input type="checkbox"/> gelegentlich    |
| <input type="checkbox"/> kontinuierlich z.B. Freestyle libre | <input type="checkbox"/> nie             |
| <input type="checkbox"/> anders:                             |  |

**Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat?**

- davon schwere (mit Fremdhilfe)?
- 

**Tragen Sie orthopädische Maßschuhe?**  ja  nein

Wann wurden diese angefertigt, wo?

**Gehen Sie zur Fußpflege/Podologie?**  ja  nein

**Haben Sie Schmerzen in den Beinen beim Laufen**  ja  nein

**Haben Sie Kribbeln in den Füßen/Beinen?**  ja  nein

**Haben oder hatten Sie offene Wunden?**  ja  nein

An welcher Stelle?  Füße  andere Stelle:

Waren Sie deshalb im Krankenhaus?  ja  nein

Wenn ja, wann und wo?

**Augenerkrankungen?**

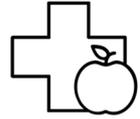
Wurden Ihre Augen gelasert?  ja  nein

Wenn ja, wo?  rechts  links  beidseitig

Wann?

Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt?

Wo?



Bei welchen Fachärzten sind Sie aktuell in Behandlung, z. B. Neurologe, Urologe usw.?

An welchen Unverträglichkeiten oder Allergien leiden Sie, z. B. gegen Antibiotika oder Lebensmittel?

Welche Operationen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

Art der Operation	Operationsjahr

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Medikaments	Stärke	Einnahmezeit			
		Früh	Mittags	Abends	Nachts
<i>Beispielmedikament XY</i>	<i>10 mg</i>	<i>1</i>		<i>1/2</i>	

Datum:

Unterschrift: