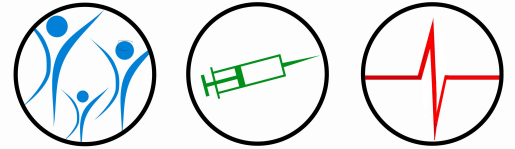


# Fragebogen zum Erstkontakt bei Diabetes



Praxis Dr. Münch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie besuchen zum ersten Mal unsere Praxis aufgrund Ihrer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). Je mehr Informationen wir über Ihre Krankengeschichte wissen, desto besser können wir Sie behandeln. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen und zu Ihrem Termin mitzubringen.

1. Name/Vorname: \_\_\_\_\_

2. Telefonnummer / Faxnummer: \_\_\_\_\_

3. E-Mail: \_\_\_\_\_

4. Wann wurde der Diabetes bei Ihnen festgestellt? \_\_\_\_\_

5. Welcher Diabetes Typ liegt bei Ihnen vor? Typ  1  2  unbekannt / andere

6. Welche Beschwerden hatten Sie, als der Diabetes auftrat?  
\_\_\_\_\_

7. Spritzen Sie Insulin, wenn ja welches und wie viel?  ja  nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits an einer Diabetes- oder Blutdruckschulung teilgenommen, wenn ja wo, wann, welche Schulung?  
\_\_\_\_\_

9. Rauchen Sie?  ja  nein

10. Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zu- oder abgenommen?

ja  nein    Aktuelles Gewicht : \_\_\_\_\_ kg    Größe: \_\_\_\_\_ cm

11. Leidet in Ihrer Blutsverwandschaft jemand unter

Diabetes (Wer, Diabetestyp ?) \_\_\_\_\_

Herzinfarkt (Wer, wie alt bei Infarkt ?) \_\_\_\_\_

Schlaganfall (Wer, wie alt bei Schlaganfall ?) \_\_\_\_\_

12. Leiden Sie an

Gefühlsstörungen der Beine / Füße ?    Durchblutungsstörungen der Beine / Füße ?

Nierenerkrankungen / Nierenschwäche ?

13. Welche Erkrankungen sind bei Ihnen selbst noch bekannt?

Keine  KHK (  Herzinfarkt  Stentimplantation am Herzen  Bypass-OP)

Schlaganfall  Bluthochdruck  Vorhofflimmern  andere Herzrhythmusstörungen

COPD  Schilddrüsenerkrankungen  andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Haben Sie Allergien, ggf. wogegen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Treiben Sie Sport (welchen, wie oft?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Welchen Beruf üben Sie aus, bzw. haben Sie ausgeübt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Haben Sie bestimmte Wünsche bezüglich der Behandlung Ihres Diabetes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung,

Ihr Team der Praxis Dr. Münch