

A



Hausarzt: _____
 Nehmen Sie am Diabetesbetreuungsprogramm teil? nein ja
 Vorstellungsgrund: _____

Diabetes und Behandlung Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2
 Gibt es in Ihrer Familie Diabetiker? nein ja _____
 Diabetes bekannt seit: _____
 Tabletten seit: _____ welche? _____
 Insulin seit: _____ welches? Dosis? _____

Andere Medikamente (Blutdruckmedikamente usw.):

Waren Sie beim Augenarzt? Kardiologen? Wann? _____
 Haben Sie an einer Diabetiker-Schulung teilgenommen? Wann? _____

Probleme durch den Diabetes
 schwere Unterzuckerungen? nein ja Wann? _____
 Herz, Herzinfarkt, Bypass? nein ja Wann? _____
 Schlaganfall? nein ja Wann? _____
 Niere (Nephropathie)? nein ja Wann? _____
 Augen (Retinopathie)? nein ja Wann? _____
 Nerven (Neuropathie)? nein ja Was? _____
 Fußkomplikationen? nein ja Was? _____

Andere Erkrankungen, Operationen, Krankenhaus-Aufenthalte, Allergien:
 Rauchen Sie? nein ja Wieviel pro Tag? _____
 Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja
 Neigen Sie dazu, tagsüber einzuschlafen? nein ja

Sind Sie mit einer Fotodokumentation einverstanden? nein ja
 Gerne würden wir Ihre Email-Adresse hinterlegen
 Email _____ @ _____ Unterschrift _____