

A

Hausarzt: _____

Nehmen Sie am Diabetesbetreuungsprogramm teil? nein ja

Vorstellungsgrund: _____

Diabetes und Behandlung Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2Gibt 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 Diabetesschwere 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 jaNeigen Sie dazu, tagsüber einzuschlafen? nein jaSind Sie mit einer Fotodokumentation einverstanden? nein ja

Unterschrift _____