

Herzlich Willkommen!

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis! Um uns vorab einen Überblick über Ihre Gesundheitssituation machen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig und vollständig auszufüllen und am Tresen abzugeben. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden gemäß den Datenschutzrichtlinien von uns streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy: _____

E-mail: _____ Hausarzt: _____

1) Welcher Diabetes-Typ liegt bei Ihnen vor?

- Typ 1 Typ 2 weiß nicht Schwangerschaftsdiabetes
 Bauchspeicheldrüsenerkrankung unbekannt

2) Wann wurde der Diabetes bei Ihnen festgestellt (Monat/Jahr)? _____ / _____

3) Wie wurde er festgestellt? _____

4) Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie ausgeübt? _____

- Mit leichter mittelschwerer schwerer körperlicher Belastung
 Schichtarbeit Rentner/in

5) Sozialstatus

- Familienstand: ledig verheiratet allein stehend verwitwet geschieden
Leben Sie mit Ihrem Lebensgefährten zusammen ja nein
Wie viel Kinder haben Sie? _____

6) Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft geplant? ja nein

7) Haben Sie körperliche Einschränkungen oder eine Schwerbehinderung?

- Schwerbehinderung _____% Merkzeichen G aG Gl Bl RF B
Sonstige: Gehbehinderung Sehbehinderung Blind Schwerhörigkeit taub
Liegt eine Pflegestufe vor? Nein Ja welche? _____

8) Leidet in Ihrer Verwandtschaft jemand unter

	Mutter oder Vater	Großeltern	Geschwister
Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			

9) Wie wurde Ihr Diabetes zuerst behandelt? _____

Wie wird Ihr Diabetes **jetzt** behandelt? _____

_____ seit wann? _____ / _____
Wird Ihr Diabetes mit **Insulin** behandelt? nein ja seit wann? _____ / _____

Wenn ja wie **heißt Ihr Insulin** und wann spritzen Sie wie viele Einheiten?

Hatten Sie bereits **Unterzuckerungen**? Nein Ja Wann zuletzt? _____ / _____
 mit Fremdhilfe Notarzt Krampfanfall

10) Welche körperlichen Aktivitäten haben Sie regelmäßig?

- wenig Bewegung ,weil _____
- Spaziergehen wie oft / wie lange _____
- Schwimmen wie oft / wie lange _____
- Joggen wie oft / wie lange _____
- Fahrradfahren wie oft / wie lange _____
- Gartenarbeit wie oft / wie lange _____
- Vereinssport wie oft / wie lange _____
- andere körperliche Aktivität welche / wie oft / wie lange _____

11) Haben Sie bisher an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? Nein Ja
wenn ja, wann, wo und Name der Schulung?

Mit welchem **Messgerät** messen Sie? _____
In welchen Einheiten wird gemessen? mg/dl mmol/l

12) Liegen bei Ihnen bereits Folgeschäden Ihrer Diabetes-Erkrankung vor?

- Augenschäden Nierenschäden Nervenschäden Gefäßschäden Fußwunden

13) Haben Sie eine Schuhverordnung oder Einlagenverordnung

- Ja Nein weiß nicht Weichbetteinlagen Schutzschuh

14) Leiden Sie unter Cholesterinerhöhung Bluthochdruck

15) Sind sie Nichtraucher Exraucher Raucher, wie viel/ Tag? _____

16) Schnarchen Sie

- Gelegentlich Regelmäßig Nein mit Tagesmüdigkeit mit Mundtrockenheit

17) Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche? _____

18) Liegen Psychische Erkrankungen vor?

- keine
 - Depressionen
 - Schizophrenie
 - Angststörungen / Panikstörungen
 - soziale Phobie
 - Anorexie / Bulimie
 - Essattacken
 - sonstige psychische Erkrankungen: _____
-

19) Liegen ansteckende Erkrankungen vor?

- keine Hepatitis C Hepatitis B HIV MRSA

20) Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

- Nein Ja _____
-

21) Wann wurden Sie das letzte mal geimpft? _____

- Ich möchte gern die für mich wichtigen Impfungen in Ihrer Praxis durchführen lassen.
(Pneumokokken, Grippe etc.)

22) Nehmen Sie am DMP/Diabetes-Vertrag der Krankenkasse teil ?

- Nein Ja bei welchem Arzt: _____

23) Welche Medikamente nehmen Sie ein (Name - Dosis - morgens/mittags/abends)

Diabetes-Tabletten

Alle anderen Tabletten

Ggf. bitte Ihren AKTUELLEN Medikamentenplan als Anhang beifügen

17) WHO (Fünf)-Fragebogen zum Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden **in den letzten zwei Wochen**. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
...war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
...war mein Alltag voller Dinge die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

18) Welche Unterstützung können wir Ihnen bei der Diabetesbehandlung geben?

24) Leiden Sie unter folgenden Krankheiten (bitte ankreuzen):

- Herz-Kreislauferkrankungen: Durchblutungsstörungen des Herzens
 Herzinfarkt
 Herz-Bypass-OP wann _____/_____ wo _____
 Stentimplantation am Herzen wann/wo _____/_____
 Herz-Schrittmacher
 Vorhofflimmern
 andere Herzrhythmusstörungen
 Implantierbarer Defibrillator

- Andere Gefäßkrankungen: Durchblutungsstörungen des Gehirns
 Schlaganfall wann? _____ Folgen? _____

- Lungen-/Bronchialerkrankungen: Asthma bronchiale
 COPD (Chronische Bronchitis)
 Lungenkrebs /Bronchialkrebs
 Schlaf-Apnoe-Syndrom mit cPAP-Gerät

- Magen-, Leber-, Darm-Erkrankungen: Speiseröhrentzündungen
 Magengeschwüre
 Magenkrebs
 Leberzirrhose
 Fettleber
 Leberkrebs
 Colitis ulcerosa Morbus Crohn
 Darmkrebs
 sonstige Krankheiten der Verdauungsorgans:

Ich habe alle Fragen sorgfältig gelesen und bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.

Datum

Unterschrift