

Herzlich Willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis Martin & Troche-Polzien

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) Sozialstatus

Familienstand: _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Leben Sie mit einem Lebensgefährten zusammen? ja nein

Kochen Sie selbst bzw. der Lebenspartner? ja nein

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

Mit leichter mittelschwerer schwerer körperlicher Belastung

Schichtarbeit

Haben Sie körperliche Einschränkungen oder eine Schwerbehinderung?

Schwerbehinderung _____% Merkzeichen G aG GI BI RF B

Sonstige: Gehbehinderung Sehbehinderung Blind Schwerhörigkeit taub

Liegt eine Pflegestufe vor? Nein Ja welche? _____

5) Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft geplant? Ja Nein

6) Leidet in Ihrer Verwandtschaft jemand unter

	Eltern/Großeltern	Geschwister	Kinder
Diabetes mellitus			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
pAVK			

7.1) Wie wurde Ihr Diabetes zuerst behandelt? _____

Wie wird Ihr Diabetes jetzt behandelt? _____

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

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

7.2) Hatten Sie schon mal eine Unterzuckerung? ja nein

Kennen Sie die Symptome? ja nein

Wenn ja, wie oft? _____

Haben Sie schon mal einen Notarzt benötigt? ja nein

Wenn ja, wie oft? (_____ mal) wann zuletzt? _____

8) Welche körperlichen Aktivitäten haben Sie regelmäßig?

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 _____

keine körperliche Aktivität möglich wegen _____

andere körperliche Aktivität welche / wie oft / wie lange _____

9) Haben Sie bisher an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? Nein Ja

wenn ja, wann, wo und Name der Schulung?

10) Mit welchem Blutzucker-Messgerät messen Sie? _____

In welchen Einheiten wird gemessen?

mg/dl mmol/l

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

Augenschäden Nierenschäden Nervenschäden Gefäßschäden Fußwunden

12) Schuhversorgung:

Besitzen Sie Einlagen? 1 Paar 2 Paar

Tragen Sie orthopädische Maßschuhe? Nein Ja

Tragen Sie orthopädische Hausschuhe? Nein Ja

13) Leiden Sie unter Cholesterinerhöhung Bluthochdruck

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

15) Schnarchen Sie? Nein Ja Wenn ja, regelmäßig? Nein Ja

Sind Sie tagsüber müde? Nein Ja

Haben Sie morgens einen trockenen Mund? Nein Ja

Haben Sie nächtliche Atemaussetzer? Nein Ja

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

17.1) 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 Gefäßerkrankungen: Durchblutungsstörungen des Gehirns

Schlaganfall wann? _____ Folgen? _____

Durchblutungsstörungen der Beinschlagadern rechts

Durchblutungsstörungen der Beinschlagadern links

Bypass-OP? wann/wo/Seite _____

Stentimplantation am Beingefäß rechts links

wann? _____

Amputation wenn ja, was wurde wann amputiert?

Lungen-/Bronchialerkrankungen: Asthma bronchiale

COPD (Chronische Bronchitis)

Lungenkrebs /Bronchialkrebs

Schlaf-Apnoe-Syndrom mit cPAP-Gerät

Magen-, Leber-, Darm-Erkrankungen: Speiseröhrentzündungen

Magengeschwüre

Magenkrebs

HIV

Hepatitis B oder C

Leberzirrhose

Fettleber

Leberkrebs

Colitis ulcerosa Morbus Crohn

Darmkrebs

sonstige Krankheiten der Verdauungsorgans:

Psychische Erkrankungen:

Depressionen

Schizophrenie

Angststörungen / Panikstörungen

- soziale Phobie
- Anorexie / Bulimie
- Essattacken
- sonstige psychische Erkrankungen: _____

Weitere Erkrankungen: Schilddrüsenerkrankheiten
 andere Hormonstörungen _____
 andere Krankheiten und Operationen die bisher nicht aufgeführt sind: _____

17.2) Liegen bei Ihnen chronische, ansteckende Krankheiten vor? Nein Ja
 Wenn ja, welche? _____

18) Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?
 Nein Ja _____

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

Diabetes-Tabletten
Alle anderen Tabletten

Ggf. bitte Ihren AKTUELLEN Medikamentenplan als Anhang beifügen

20) Wann wurden Sie das letzte Mal geimpft?

- a) gegen Grippe: _____
- b) gegen Pneumokokken: _____

Ich möchte gern die für mich wichtigen Impfungen in Ihrer Praxis durchführen lassen.

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

Welche Unterstützung können wir Ihnen bei der Diabetesbehandlung geben?

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

Datum

Unterschrift

