

Ihr **Name, Vorname:**

Ihr **Geburtsdatum:**

Diabetes-Vorgeschichte: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Ihre **Körpergröße:** Ihr **Gewicht:**

Wer ist Ihr(e) behandelnde(r) **Hausarzt/Hausärztin?**

Fachärzte:

Seit wann haben Sie Diabetes mellitus? Wie alt waren Sie?

Diabetes-Erkrankung in der Familie? Wer?

Haben Sie schon an einer **Diabetesschulung** teilgenommen? ja nein

Wo? Wann? beim Hausarzt in Diabetespraxis im Krankenhaus (Jahr)

Erste Diabetesbehandlung: Hausarzt? Diabetologe? Wer? Klinik?

mit Diabeteskost? mit Tabletten?

Eigene Vor-Krankheiten (Seit wann?): Bluthochdruck:

Herzinfarkt: Schlaganfall:

Fettstoffwechsel: HIV/Hepatitis:

Weitere Erkrankungen/ Operationen?

Alkohol: Zigaretten (pro Tag?)

Allergien/ Unverträglichkeit:

Aktuelle Diabetesbehandlung:

Ich ernähre mich: fettarm zuckerarm bewusst kalorienreduziert mit kcal
 ohne irgendwelche Einschränkungen

Name der Tabletten / Insulin (wegen Diabetes)	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

Weitere Medikamente (Name? Dosis?):

Name der Tabletten	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen des Diabetes bekannt?

Haben Sie **Nervenschädigungen** wie Kribbeln, Taubheitsgefühle,

Schmerzen, Kältegefühl an den Füßen/Händen?

ja

nein

Haben Sie **Druckstellen oder Wunden** an den Füßen?

ja

nein

Sind **Durchblutungsstörungen** an Herz, Hirn oder Beinen bekannt?

ja

nein

Letzte **Augenarztuntersuchung** (Wann? Wer?):

Sind Augenhintergrundveränderungen bekannt?

ja

nein

Laserbehandlung (Wann? Wo?):

Sind **Nierenschäden** bekannt? Eiweiß im Urin?

ja

nein

Nur für Männer: Bestehen **Potenzprobleme**?

ja

nein

Bestehen **weitere Beschwerden** oder alltägliche Behinderungen durch den Diabetes?

Soziales:

Beruf/Ausbildung: **aktuelle Tätigkeit:**

Grad der Behinderung (**GdB** %):

Rente? Erwerbsunfähigkeitsrente? (Seit wann?)

Familienstatus: alleinstehend? zusammenlebend? verheiratet? verwitwet?

Freizeitaktivitäten/Hobby?

Eigene Kinder:

Weitere Bemerkungen:

Sind Sie bereits in das DMP-Programm eingeschrieben? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Weiteres:

Berlin, den

Unterschrift:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Ihr Praxisteam