

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie besuchen zum ersten Mal unsere Praxis. Da die Therapie vieler Erkrankungen eine umfassende Kenntnis der Vorgeschichte erfordert, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. So helfen Sie uns, den Behandlungsablauf zu optimieren und den Therapieerfolg zu verbessern.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Name:	Geb.:
Tel.:	E-Mail:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich, damit wir Sie optimal behandeln können!

1. Wann wurde der Diabetes bei Ihnen festgestellt (Monat/Jahr)? ____/____

2. Welcher Diabetes-Typ liegt bei Ihnen vor? Bitte ankreuzen!

Typ 1 2 3 weiß nicht

3. Wird Ihr Diabetes mit Insulin behandelt? ja nein

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

4. Haben Sie bereits an einer Diabetes- oder Blutdruckschulung teilgenommen (Wann, wo, welche Schulung)

5. Haben Sie Beschwerden, die Sie auf den Diabetes zurückführen? Wenn ja, welche?

7. Liegen bei Ihnen bereits Folgeschäden Ihrer Diabetes-Erkrankung vor?

Augenschäden Nierenschäden Nervenschäden

IN JEDEM ABSCHNITT IST MINDESTENS EIN KREUZ ZU MACHEN!

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- keine Durchblutungsstörung des Herzen Herzinfarkt Herz-Bypass-OP
 Stentimplantation am Herzen Herz-Schrittmacher Bluthochdruck
 Vorhofflimmern andere Herzrhythmusstörungen Implantierbarer Defibrillator

Andere Gefäßerkrankungen:

- keine Durchblutungsstörung des Gehirns Schlaganfall , wann? _____

Durchblutungsstörungen der Beinschlagadern (re / li) Bein-Bypass-OP (re / li)

Stentimplantation am Bein (re / li)

Amputationen? wenn ja: was wurde wann amputiert? _____

Lungen- / Bronchialerkrankungen:

keine Asthma bronchiale COPD Lungenkrebs/Bronchialkrebs

Schlaf-Apnoe-Syndrom

Magen-, Leber-, Darm-Erkrankungen:

keine Speiseröhren-Entzündung Magengeschwüre Magenkrebs

Hepatitis B oder C Leberzirrhose Fettleber Leberkrebs

Colitis ulcerosa Morbus Crohn Darmkrebs

Sonstige Erkrankungen der Verdauungsorgane: _____

Psychische Erkrankungen:

keine Depressionen Schizophrenie Angststörung Panikstörung

Soziale Phobie Anorexie Bulimie Essattacken

Sonstige psychische Erkrankungen: _____

Weitere Erkrankungen:

keine

Schilddrüsen-Erkrankungen andere endokrinologische Erkrankungen _____

8. **Rauchen Sie?** (Wie viel, seit wann?)

9. **Wieviel Alkohol trinken Sie in der Woche?** (Bier, Wein, sonstige Alkoholika)

10. **Welche Unterstützung können wir Ihnen bei der Diabetesbehandlung geben?**

Ich habe alle Fragen sorgfältig gelesen und nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet!

Datum:

Unterschrift