

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. Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamentenname	Dosis	Einnahmezeitpunkt morgens-mittags-abends-nachts

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

6. Haben Sie Beschwerden, die Sie auf den Diabetes zurückführen?

7. Leidet in Ihrer Blutsverwandschaft jemand unter

- Diabetes mellitus (Wer, Diabetestyp?) _____
- Herzinfarkt (Wer, wie alt bei Infarkt?) _____
- Schlaganfall (Wer, wie alt bei Schlaganfall?) _____

8. Welche Krankheiten sind bei Ihnen selbst noch bekannt (bitte alle aufführen!)?

Liegen bei Ihnen bereits Folgeschäden Ihrer Diabetes-Erkrankung vor?

- Augenschäden
- Nierenschäden
- Nervenschäden

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 _____
-

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

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

11. **Welche körperlichen Aktivitäten haben Sie regelmäßig?**

- Spazierengehen Wie oft, wie lange?) _____
 Schwimmen Wie oft, wie lange?) _____
 Joggen Wie oft, wie lange?) _____
 Fahrradfahren Wie oft, wie lange?) _____
 keine körperliche Aktivität möglich, wegen _____
 andere körperliche Aktivität Welche, wie oft, wie lange?) _____
-
-
-

12. **Haben Sie körperliche Einschränkungen oder eine Schwerbehinderung?**

- Schwerbehinderung ____% Merkzeichen: G aG GI H BI RF B
Sonstige:
 Gehbehinderung Sehbehinderung Blind Schwerhörigkeit 'Taub
 Weitere Einschränkungen: _____
-
-

13. **Welchen Beruf üben Sie aus, bzw. haben Sie ausgeübt?**

14. **Wie ist Ihr Familienstand?** (Ledig, verheiratet, verwitwet, usw.)

15. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? (auch Medikamentenunverträglichkeiten)

16. Welche Unterstützung können wir Ihnen bei der Diabetesbehandlung geben?

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

Datum:

Unterschrift