

Sie möchten in unserer Schwerpunktpraxis für Diabetes behandelt werden?

Besprechen Sie bitte mit Ihrer/em Hausärztin/arzt, ob eine Behandlung bei uns notwendig ist.

Ohne Überweisung Ihrer/es Hausärztin/arzt ist eine Behandlung bei uns nicht möglich.

Zum Termin bitte mitbringen:

- Chipkarte
- Überweisung
- Aktueller Medikamentenplan
- Blutzuckertageswerte
- Blutzuckermessgerät
- Letzter Laborbefund mit HbA1c
- evtl. Befunde vom Augenarzt, Kardiologe, Angiologe, Krankenhausbefunde der letzten 2 Jahre
- Vollständig ausgefüllter Anamnesebogen (siehe unten)

Bitte haben Sie Verständnis, dass bei fehlenden oder unvollständigen Unterlagen, keine Vorstellung in unserer Praxis erfolgen kann.

Für die Behandlung in unserer Praxis benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Anamnesebogen

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Telefonnummer:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Seit wann besteht der Diabetes mellitus?

Ihre bisherige Diabetestherapie: Tabletten Insulin
andere

Ist eine Diabetes-Schulung erfolgt? Nein Ja Wann?.....

Sind Sie im DMP (Gesundheitsprogramm) bei Ihrem Hausarzt eingeschrieben? Nein Ja

Letzter Augenarztkontakt? Nein Ja Wann?.....

Aktuelle Beschwerden durch den Diabetes:

keine Müdigkeit vermehrtes Durstgefühl vermehrter Harndrang

schlecht heilende Wunden

offene Wunden an den Füßen/Beinen

Amputation: Wann:..... Welche:.....

Bestehende Erkrankungen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Nein	Ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Herzkranzgefäße (KHK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenstörung (Kribbeln/Taubheitsgefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wann:.....
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wann:.....

andere Erkrankungen:

.....
.....

- Rauchen Sie? wie viel ?
- Allergien bekannt welche?

Hatten Sie in den letzten Jahren Operationen? Wenn ja welche und wann?

.....
.....

Ihr Familienstand:

- Haben Sie Kinder? wie viele ?
- ledig in Lebensgemeinschaft verheiratet geschieden verwitwet

Im Notfall zu benachrichtigen (Name, Anschrift, Telefonnummer):

.....
.....

- Rentner**
- ihre aktuelle Tätigkeit:**

.....

gelernter Beruf:

Sollten Sie bereits selbständig Blutzuckermessungen durchführen,
bitten wir um Blutzuckertagesprofile an 3 Tagen.

Hier ein Dokumentationsbeispiel:

Blutzucker in mmol/l	Blutzucker vor Frühstück	Blutzucker vor Mittag	Blutzucker vor Abendbrot	Blutzucker vor Zubettgehen
TT.MM.JJ	5,8	4,7	5,1	6,5