

Hatten Sie einen:

Schlaganfall	ja	nein	wann
Herzinfarkt	ja	nein	wann
Amputation	ja	nein	wann

welche:.....

Gehen Sie zur Dialyse? ja nein seit wann:.....

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

Hatten Sie eine Lasertherapie? ja nein

Sind Veränderungen durch den Zucker bekannt? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Allergien (Hausstaub, Gräser, Pollen oder Medikamente)

wenn ja, welche:.....

.....
und nehmen Sie Medikamente dagegen?

welche?

.....

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Leben Sie allein? ja nein

Wen sollen wir im Notfall benachrichtigen (Name, Anschrift, Telefon)

.....

.....

.....

Teilnahme an Diabetikerschulung? ja Jahr: noch nie

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Füllen Sie dazu beiliegendes Blatt vollständig aus und bringen es zum nächsten Arztbesuch wieder mit!

Bitte fügen Sie aktuelle Befunde vom Augenarzt, ggf. Kardiologen, Krankenhaus etc. an.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam