

## Diabetologische Schwerpunktpraxis Berlin – Weißensee

Dres. Fuchs & Kohn und Meyer

### Patienten - Name:

Wer ist Ihr **behandelnder Hausarzt**: .....

Fachärzte, die Sie zusätzlich behandeln: .....

**Seit wann** haben Sie Diabetes mellitus? .....

Diabetes-Erkrankung in der Familie? Wer? .....

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

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

### Welche Erkrankungen sind bei Ihnen noch bekannt? (Seit wann?):

Bluthochdruck:  ja  nein

Herzinfarkt:  ja  nein

Fettstoffwechselstörung:  ja  nein

Gicht:  ja  nein

Durchblutungsstörung:  ja  nein

Weitere Erkrankungen/ Operationen?: .....

Alkohol:..... Zigaretten (pro Tag?) .....

Allergien/ Unverträglichkeit:.....

### aktuelle Diabetesbehandlung:

**Tabletten** (welche?, wie oft?): .....

### weitere Medikamente (Name? Dosis?):

Name der Tabletten	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

### Führen Sie **Blutzucker-Selbstkontrollen** durch?

ja  nein wenn ja: ..... x täglich, bzw. .... x wöchentlich.

Mit welchem **Gerät** ? .....

**BITTE WENDEN!**

Wie hoch war Ihr letzter **HbA<sub>1c</sub>** -Wert?.....

**Neigen Sie zu Unterzuckerungen (Hypoglykämie)?**

nie  pro Woche/Monat .... mal  täglich Wenn oft, wann? > ca..... Uhr

Hatten Sie Unterzuckerungen **mit Bewusstlosigkeit** im letzten Jahr?  ja  nein

Bei welchen BZ-Werten bemerken Sie Ihre Unterzuckerungen?.....

Welche Zeichen treten **zuerst** auf?.....

Wachen Sie häufig morgens mit Kopfschmerzen auf?  ja  nein

Schwitzen Sie nachts häufig?  ja  nein

**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

Sind Sie mit Ihrer **Sexualität** zufrieden?  ja  nein

*Möchten Sie darüber sprechen?*  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?:** .....

**Weitere Bemerkungen:**

.....  
.....