

# Diabetologische Schwerpunktpraxis Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin



**Name**  
**Vorname**  
**Geburtsdatum**  
**Heutiges Datum**

Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Elke Fischer  
Dr. med. Winfried Keuthage

Diabetologen (DDG)  
Ernährungsmedizin  
Naturheilverfahren  
Akupunktur

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir möchten Sie um einige Angaben bitten,  
um Sie optimal behandeln zu können.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wann und wo war die letzte Blutentnahme? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr letzter HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ % (Datum \_\_\_\_\_ )

Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

o Hausarzt o anderer Arzt o Bekannte o Sonstige: \_\_\_\_\_

In welchem Jahr wurde erstmals ein erhöhter Blutzucker gemessen: \_\_\_\_\_

Seit wann nehmen Sie Diabetes-Tabletten: \_\_\_\_\_

Spritzen Sie Insulin? Wenn, ja seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie ein/mehrere Blutzucker-Messgeräte? o Nein / o Ja der Name ist:

Wie oft messen Sie den Blutzucker? \_\_\_\_\_/pro Tag \_\_\_\_\_/pro Woche

Schreiben Sie Ihre Blutzucker-Werte auf? o Nein / o Ja

Haben Sie ein Blutzucker-Tagebuch? o Nein / o Ja zu Hause / o Ja dabei

Haben Sie an einer Diabetes-Schulung teilgenommen: o Nie o Ja zuletzt im Jahr

Haben Sie an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen: o Nie o Ja zuletzt i. Jahr

Sind Sie ins DMP eingeschrieben: o Nein / o Ja / o geplant / o weiß nicht

Haben Sie den Gesundheitspass Diabetes: o Nein / o Ja zu Hause / o Ja dabei

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Name	Stärke (z.B. 10mg)	Wie oft am Tag?
------	--------------------	-----------------

Seit wann nehmen Sie Blutdrucktabletten? o noch nie o seit \_\_\_\_ Jahren

Haben Sie ein Blutdruckmessgerät? o Nein/ o Ja (Oberarm) / o Ja (Handgelenk)

Schreiben Sie Ihre Blutdruck-Werte auf? o Nein / o Ja

Ihr letzter Besuch beim Augenarzt war am:

Der nächste Besuch beim Augenarzt ist geplant für:

Sind diabetesbedingte Augenschäden bekannt? o Nein o Ja

Wie oft wechseln Sie die Nadel Ihrer Stechhilfe? \_\_\_\_\_

Wie oft wechseln Sie die Nadeln Ihres Pens? \_\_\_\_\_

Von welchen Ärzten wurden Sie zuletzt behandelt?

Hausarzt o Nein / o Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Augenarzt o Nein / o Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Kardiologe o Nein / o Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Nierenarzt o Nein / o Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie zuletzt wegen Diabetes behandelt? \_\_\_\_\_

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm / Ihr aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bei welchen Verwandten ist Diabetes bekannt? \_\_\_\_\_

Anzahl der Unterzuckerungen im Monat ca.: \_\_\_\_\_

Wer pflegt Ihre Füße? o Sie selbst o Familie o Med. Fußpflege o Podologin \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihren Füßen? o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?: o Nie o \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Rauchen Sie? o Nie o Ex-Raucher o ca. \_\_\_\_\_ Zig/Tag o Sonstige

Trinken Sie Alkohol? o Nie o gelegentlich o täglich

Was machen Sie beruflich? \_\_\_\_\_

Wer kocht in Ihrem Haushalt? o selbst / o Partner / o übrige \_\_\_\_\_

Falls Sie Insulin spritzen ..... Name des Insulins?

Uhrzeit

Insulin-Einheiten?

Sind chronische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Augen o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Herz o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Schlaganfall o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Erhöhtes Cholesterin/Blutfette o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Wunden an den Füßen (auch früher) o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Durchblutungsstörungen der Beine o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Lunge o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Leber o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Niere o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Bauchspeicheldrüse o Nein o Ja \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich in letzter Zeit traurig oder niedergeschlagen? o Nein / o Ja

Sind Allergien gegen Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt? o Nein / o Ja

Haben Sie erhebliche Probleme mit dem Sehen oder Hören? o Nein / o Ja

Telefonnummer privat

Telefonnummer dienstlich

Mobiltelefonnummer

Telefonnummer von Familienangehörigen

Email-Adresse @

Was erscheint Ihnen im Zusammenhang mit Diabetes sonst noch berichtenswert:

Bitte halten Sie - falls vorhanden - folgendes bereit:

- Medikamentenplan oder Medikamente
- Gesundheitspass Diabetes
- Blutzucker-Tagebuch
- Blutzucker-Messgerät
- Blutdruck-Werte
- Blutdruck-Messgerät
- Insulinpen und Nadeln

Wir bieten Ihnen an, Sie zu benachrichtigen, wenn wir Schulungen oder Untersuchungen für Sie vorbereiten. Wenn Sie einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte hier:

Unterschrift