

Fragebogen Diabetes Typ 1

Name: _____ Datum: _____

Telefonnr.: _____ Mobil: _____

Faxnummer: _____ **E-Mail:** _____

Hausarzt: _____ in _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Sind Sie im DMP (Diabetesprogramm) eingetragen: NEIN JA NR. _____

RentnerIn seit _____ Vorruhestand seit _____

Früher/derzeitig ausgeübter Beruf / Tätigkeit: _____

BEWEGUNG (bitte ankreuzen) Schichtdienst: NEIN JA _____

Beruf vorwiegend sitzend relativ viel Bewegung schwere körperliche Arbeit

Sport nie selten ca. 30 Min. pro Wc 1-2 Std. pro Wo mehr als 2 Std. pro Wo

NIKOTIN: Nichtraucher Nichtraucher, seit _____ Raucher, seit _____

Nikotin zurzeit Menge: _____ früher Menge: _____

ALKOHOL: Keiner Alkohol zurzeit Menge: _____

früher Menge: _____, seit _____

Diabetes in der Familie: NEIN JA, wie wird dieser behandelt? Bitte ankreuzen:

	Diabetes Typ1	Typ2	Diät	Tabletten	Insulin	verstorben, wann, an
Großeltern						
Vater						
Mutter						
Geschwister						

Fam. Erbanlagen: Herzinfarkt/Schlaganfall Krebsleiden Allergien _____

Welchen **Diabetes Typ** haben Sie? Typ1 Typ 2 Typ 3

Seit wann ist der Diabetes bei Ihnen bekannt (TT/MM/JJ): _____

Ihre aktuelle Diabetestherapie: Diät Zuckertabletten Insulin GLP-1-Analogen

behandelt mit **Blutzuckersenkenden Tabletten seit** _____

Name dieser **Tabletten** _____

behandelt mit **Insulin seit** _____

welche **Insuline** _____

behandelt mit **GLP-1-Analogen seit** _____

welches **GLP-1-Analogen** _____

Blutzucker-Eigenmessung: NEIN JA, seit _____ täglich _____ x wöchentlich _____ x

Haben Sie einen blauen/orangenen **Diabetes-Pass:** NEIN JA, seit: _____

Haben Sie jemals eine der folgenden Schulungen besucht?

ohne Insulin NEIN JA wann, _____ wo, _____

MEDIAS 2 BASIS NEIN JA wann, _____ wo, _____

mit Insulin NEIN JA wann, _____ wo, _____

Bluthochdruck NEIN JA wann, _____ wo, _____

COPD NEIN JA wann, _____ wo, _____

Asthma NEIN JA wann, _____ wo, _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? NEIN JA, _____ % GdB

Merkzeichen: B BI G aG H RF

Pflegestufe? NEIN JA Stufe 0 Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3

Gesetzliche Betreuung? NEIN JA, durch _____ (Name/Tel.)

Versorgung: selbst Familie Pflegedienst Betreutes Wohnen Pflegeheim

Hilfsmittel: keine JA, welche? _____

Hatten Sie jemals eine Ketoazidose? NEIN JA

wenn JA, wie oft? _____

Wurde bereits eine Ketoazidose im Krankenhaus behandelt?

stationär ambulant

Wann war die Letzte? _____

Ab welchem Wert messen Sie Ketone? _____ mg/dl

Wenn Sie eine Ketoazidose haben, wie behandeln Sie diese?

Hatten Sie jemals eine Unterzuckerung (Hypo) mit Fremdhilfe? NEIN JA

wenn JA, wie oft? _____

Wurde bereits eine Hypo im Krankenhaus behandelt?

stationär ambulant

Wann war die letzte Hypo mit Fremdhilfe? _____

Wer hat Ihnen geholfen? Notarzt Angehörige Sonstige _____

Ab welchem Blutzuckerwert haben Sie Unterzuckerungssymptome? _____ mg/dl

IHRE UNTERZUCKERUNGSANZEICHEN SIND: Bitte ankreuzen

Schätzen Sie sich ein! Es gibt auch Stufen zwischen nie und immer!

Schwitzen	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Zittern	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Herzklopfen	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Hitzegefühl	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Schwindel	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Kribbeln um den Mund	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Sehstörungen	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Hunger	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Müdigkeit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Verlangsamung	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Konzentrationsprobleme	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Denkschwierigkeiten	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Sprachschwierigkeiten	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Benommenheit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Verwirrtheit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Kraftlosigkeit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Unsicherer Gang	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Unkoordinierte Bewegungen	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Gehobene Stimmung	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Gleichgültigkeit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Niedergeschlagenheit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Reizbarkeit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Angst	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Aggressivität	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Sonstige:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer

MEDIKAMENTENPLAN

Ich habe einen Medikamentenplan mitgebracht JA NEIN

Wenn nein, dann tragen Sie bitte Ihre Medikamente mit mg-Angabe und Dosierung in die folgende Liste.

MEDIKAMENT	MORGENS	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT
INSULINE <input type="checkbox"/> nach Spritzplan	MORGENS	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT
	E	E	E	E
	E	E	E	E
BE-FAKTOR:				
KORREKTUR-FAKTOR:				
DIABETESBEDARF				
Blutzuckermessgerät:				
Teststreifen:				
Lanzettiergerät:				
Lanzetten:				
Insulinpen:				
Insulinpen:				
Pennadel:				
Pennadel:				
Ketonmessung:	<input type="radio"/> habe ich noch <input type="radio"/> benötige ich			
Glucagen Hypokit:	<input type="radio"/> habe ich noch <input type="radio"/> benötige ich			
INSULINPUMPENTHERAPIE seit _____ (MM/JJJJ)				
Letzte Insulinpumpenschulung:	wo:			
Insulinpumpe (Name):				
Seriennummer:				
Pumpenkatheter:				
Pumpenkatheter:				
Setzhilfe:				
Ampullensystem/Reservoir:				
Aktuelle Basalrate:	E			
Blutdruckmessgerät:				
Wie oft messen Sie Ihren Blutdruck? <input type="radio"/> ab & zu <input type="radio"/> 1xtägl. <input type="radio"/> 2xtägl. <input type="radio"/> 3xtägl.				

Bereits festgestellte diabetische Folgeerkrankungen an:

Augen Nieren Herz Nerven Beine Füße

Sind bei Ihnen folgende Untersuchungen durchgeführt worden? Wenn ja, wann?

Belastungs-EKG NEIN JA wann, _____ wo, _____
Langzeit-EKG NEIN JA wann, _____ wo, _____
Langzeit-Blutdruck NEIN JA wann, _____ wo, _____

Herzkatheter	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Augenarzt	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Doppler-Unters.d.Beine	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Ultraschall Bauch	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Krebsvorsorge	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Gynäkologe	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____
Hautkrebscreening	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____	wo, _____

Haben Sie einen Impfausweis? NEIN JA

Wann wurden Sie das letzte Mal geimpft gegen:

Tetanus-Diphtherie (Td)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____
FSME (Zecken)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____
Influenza (Virusgrippe)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____
Schweinegrippe (H1N1)	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	wann, _____

In den letzten 12 Monaten:

Krankheitstage: NEIN JA, wie viele: _____ wegen: _____

Krankenhaustage: NEIN JA, wie viele: _____ wegen: _____

Notfallbehandlung: NEIN JA, wie viele: _____ wegen: _____

Ihr aktuelles körperliches Befinden

Haare	<input type="radio"/> Haarausfall	<input type="radio"/> dünnes brüchiges Haar	<input type="radio"/> trockenes Haar
Nägel	<input type="radio"/> brüchige Nägel	<input type="radio"/> weiße Flecken	<input type="radio"/> Nagelpilz
Zähne	<input type="radio"/> Karies	<input type="radio"/> Parodontose	<input type="radio"/> Zahnfleischbluten
	<input type="radio"/> lockere Zähne	<input type="radio"/> Zahnprothese	<input type="radio"/> Vereiterung
Kopf	<input type="radio"/> Tinnitus	<input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Migräne
	<input type="radio"/> Nackenverspannung	<input type="radio"/> Nasenbluten	<input type="radio"/> Schwindel
Psyche	<input type="radio"/> Reizbarkeit	<input type="radio"/> Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/> Schlafstörungen
	<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> innere Unruhe	<input type="radio"/> Nervosität
	<input type="radio"/> Angstgefühle	<input type="radio"/> Depression	<input type="radio"/> Leistungsverlust
Herz	<input type="radio"/> niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Herzstechen	<input type="radio"/> Atemnot
	<input type="radio"/> Angina pectoris in Ruhe	<input type="radio"/> Angina pectoris unter Belastung	
Lunge	<input type="radio"/> Husten ohne Auswurf	<input type="radio"/> Husten mit Auswurf	<input type="radio"/> Atemnot
	<input type="radio"/> Erkältung	<input type="radio"/> Grippe	<input type="radio"/> Fieber
Magen	<input type="radio"/> Sodbrennen	<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Erbrechen
Darm	<input type="radio"/> Verstopfung	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Blähungen
Blase	<input type="radio"/> nächtliches Wasserlassen	<input type="radio"/> häufigeres Wasserlassen	<input type="radio"/> Trinkmenge am Tag ___/L
Füße	<input type="radio"/> offene Wunde	<input type="radio"/> Wadenkrämpfe in Ruhe	<input type="radio"/> Wadenkrämpfe in Bewegung
	<input type="radio"/> Kribbeln	<input type="radio"/> Ameisenlaufen	<input type="radio"/> Taubheitsgefühl
	<input type="radio"/> Brennen in der Fußsohle	<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> Wasser in den Beinen
Gewicht	<input type="radio"/> Gewichtsverlust	<input type="radio"/> Gewichtszunahme	<input type="radio"/> vermehrtes Schwitzen
Sonstiges	<input type="radio"/> Rückenschmerzen	<input type="radio"/> Juckreiz	<input type="radio"/> starkes Durstgefühl
	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____

Folgende Frage betrifft **beide** Geschlechter!

Haben Sie Probleme beim Geschlechtsverkehr? NEIN JA

Haben Sie Erektionsprobleme? NEIN JA

Krankheiten / auch frühere Erkrankungen / Untersuchungen

Ankreuzen und hinter der Diagnosen die Jahreszahl vermerken, wann dies bekannt wurde.

Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/> des Herzens <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> der Beine <input type="checkbox"/> Ballonerweiterung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzschrittmarker
Venen	<input type="checkbox"/> Venenschwäche	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Kompressionstherapie
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> hohe Blutfette	<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure	<input type="checkbox"/> Gicht
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Entfernung der Schilddrüse <input type="checkbox"/> Knoten <input type="checkbox"/> kalter <input type="checkbox"/> warmer	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Vergrößerung	<input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie
Lunge	<input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Lungenembolie
Galle / Leber / Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Entfernung der Gallenblase <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenentzündung	<input type="checkbox"/> Gallensteine <input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenkrebs	<input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Leberzirrhose
Magen	<input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung	<input type="checkbox"/> Magengeschwür	<input type="checkbox"/> Magenspiegelung
Darm	<input type="checkbox"/> Zwölffingerdarmgeschwür <input type="checkbox"/> Darmkrebs <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Darmpolypen <input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Darmspiegelung
Niere	<input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz(Nierenschwäche)	<input type="checkbox"/> erhöhte Nierenwerte <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/> Dialyse
Blase/Prostata	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/> Blasenentzündung <input type="checkbox"/> Ausschabung	<input type="checkbox"/> Blasenschwäche <input type="checkbox"/> Prostatakrebs
Gelenke	<input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden	<input type="checkbox"/> TEP Knie <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> TEP Hüfte <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Rheuma
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	
Augen	<input type="checkbox"/> Bindehautentzündung <input type="checkbox"/> Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Grauer Star <input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Lasertherapie
Haut	<input type="checkbox"/> Ekzem/Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> Pilzkrankung
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Chronisches Schmerzsyndrom <input type="checkbox"/> Unterzuckerung-Wahrnehmungsstörung <input type="checkbox"/> Frakturen, wo _____	<input type="checkbox"/> Blutkrankheit <input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung <input type="checkbox"/> PCO-Syndrom <input type="checkbox"/> _____
Allergien	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie <input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie <input type="checkbox"/> auf Medikamente, welche _____	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Pflasterallergie	<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichk.
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergie-Pass? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA			

Haben irgendwelche Operationen in Ihrem Leben stattgefunden? NEIN JA

Wenn ja, welche und wann (ungefähre Jahreszahl bitte angeben):

- _____
- _____
- _____
- _____

Ist bei Ihnen bereits der **Vitamin-D-Spiegel** im Blut bestimmt worden? NEIN JA

Was erwarten Sie von uns? Welche Anliegen haben Sie?

Woran würden Sie erkennen können, dass unsere Zusammenarbeit erfolgreich war?
