

# Fragebogen Diabetes

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

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

RentnerIn seit \_\_\_\_\_  Vorruhestand seit \_\_\_\_\_

Früher/derzeitig ausgeübter Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Schichtdienst:  NEIN  JA \_\_\_\_\_

**Beruf**  vorwiegend sitzend  relativ viel Bewegung  schwere körperliche Arbeit

**Sport**  nie  selten  ca. 30 Min. pro Wo  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:

	Diab. Typ1	Diab. Typ 2	verstorben, wann, an
Großeltern			
Vater			
Mutter			
Geschwister			

Fam. Erbanlagen:  Herzinfarkt  Krebsleiden  Schlaganfall

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

behandelt mit **Blutzuckersenkenden Tabletten** seit \_\_\_\_\_

Name dieser **Tabletten** \_\_\_\_\_

behandelt mit **Insulin** seit \_\_\_\_\_

welche **Insuline** \_\_\_\_\_

**Blutzucker-Eigenmessung:**  NEIN  JA, seit \_\_\_\_\_  täglich \_\_\_\_\_ x  wöchentlich \_\_\_\_\_ x

Haben Sie einen blauen **Diabetes-Pass:**  NEIN  JA, seit: \_\_\_\_\_

**Haben Sie jemals eine Diabetes Schulung besucht?**

NEIN  JA wann, \_\_\_\_\_ wo, \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**  NEIN  JA, \_\_\_\_\_ % GdB

**Merkzeichen:**  B  BI  G  aG  H  RF

**Pflegegrad?**  NEIN  JA

Stufe 0  Stufe 1  Stufe 2  Stufe 3  Stufe 4  Stufe 5

**Gesetzliche Betreuung?**  NEIN  JA, durch \_\_\_\_\_ (Name/Tel.)

**Versorgung:**  selbst  Familie  Pflegedienst  Betreutes Wohnen  Pflegeheim

**Hilfsmittel:**  keine  JA, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Impfausweis?**  NEIN  JA **Bitte mitbringen!**

**In den letzten 12 Monaten wegen Diabetes mellitus:**

Krankenhaustage:  NEIN  JA, wie viele: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_

Notfallbehandlung:  NEIN  JA, wie viele: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ihr aktuelles körperliches Befinden

<b>Zähne</b>	<input type="checkbox"/> Karies <input type="checkbox"/> lockere Zähne	<input type="checkbox"/> Parodontose <input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> Vereiterung
<b>Psyche</b>	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Angstgefühle	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung <input type="checkbox"/> innere Unruhe <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Nervosität <input type="checkbox"/> Leistungsverlust
<b>Herz</b>	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Angina pectoris in Ru	<input type="checkbox"/> Herzstechen <input type="checkbox"/> Angina pectoris unter Belastung	<input type="checkbox"/> Atemnot
<b>Magen</b>	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<b>Darm</b>	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Blähungen
<b>Blase</b>	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> häufigeres Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Trinkmenge am Tag ___/L
<b>Füße</b>	<input type="checkbox"/> offene Wunde <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Brennen in der Fußsohle	<input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe in Ruh <input type="checkbox"/> Ameisenlaufen <input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe in Bewegung <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Wasser in den Beinen
<b>Gewicht</b>	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> vermehrtes Schwitzen
<b>Sonstiges</b>	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen _____	<input type="checkbox"/> Juckreiz _____	<input type="checkbox"/> starkes Durstgefühl _____

Folgende Frage betrifft **beide** Geschlechter!

- Haben Sie Probleme beim Geschlechtsverkehr?  NEIN  JA
- Haben Sie Erektionsprobleme?  NEIN  JA
- Möchten Sie darüber sprechen?  NEIN  JA

### Krankheiten / auch frühere Erkrankungen / Untersuchungen

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

<b>Herz/ Kreislauf</b>	<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"/> Herzschrittmacher
<b>Stoffwechsel</b>	<input type="checkbox"/> hohe Blutfette	<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure	<input type="checkbox"/> Gicht
<b>Schilddrüse</b>	<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
<b>Galle / Leber</b>	<input type="checkbox"/> Entfernung der Gallenblase	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Gelbsucht

<b>Bauchspeicheldrüse</b>	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüs-entzündung	<input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenkrebs	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose <input type="checkbox"/>
<b>Darm</b>	<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
<b>Lunge</b>	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale	<input type="checkbox"/> Sonstige
<b>Niere</b>	<input type="checkbox"/> Nierenstein <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (Nierenschwäche)	<input type="checkbox"/> erhöhte Nierenwer <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung <input type="checkbox"/> Dialyse	
<b>Blase/ Prostata</b>	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung	<input type="checkbox"/> Blasenentzündung <input type="checkbox"/> Ausschabung	<input type="checkbox"/> Blasenschwäche <input type="checkbox"/> Prostatakrebs
<b>Gelenke</b>	<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
<b>Krebsleiden</b>	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	
<b>Augen</b>	<input type="checkbox"/> Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Grauer Star <input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Lasertherapie
<b>Sonstiges</b>	<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"/> _____
<b>Allergien</b>	<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"/> Glutenunverträglich

**Haben Sie einen Allergie-Pass?**  NEIN  JA

Haben Sie eine besondere Ernährungsform? \_\_\_\_\_

**Was ist der Grund für Ihren Termin bei uns?**


**Was erwarten Sie von uns? Welche Ziele haben Sie? Was wollen Sie erreichen?**
