



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
Tel.-Nr.(privat):	Tel.Nr. (Handy):	
Raucher: ja <input type="checkbox"/> wieviel: nein <input type="checkbox"/>	Wenn Sie früher einmal geraucht haben, seit wann rauchen Sie nicht mehr?	
Trinken sie jeden Tag Alkohol: ja: <input type="checkbox"/>	Wieviel: _____	Nein: <input type="checkbox"/>

Allgemeines:

In welchem Beruf sind Sie tätig? _____

Welche ist Ihre Muttersprache? _____

Können Sie Deutsch lesen und schreiben?

ja

nein

Beschreiben Sie bitte kurz Ihr aktuelles Diabetesproblem: _____

Krankheitsgeschichte:

Seit wann haben Sie schon Diabetes ? _____

Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Diabeteserkrankung: _____

Sind Sie in einem Chroniker-Programm für Diabetes (DMP)? ja nein weiß nicht

Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden?			
Schwindel	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen/pAVK	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Beschwerden i. d. Zehen oder im Fuß wie z.B. Kribbeln, taubes Gefühl, Brennen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal:			
Herzinfarkt ?	Ja: <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?	Nein: <input type="checkbox"/>
Schlaganfall ?	Ja: <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?	Nein: <input type="checkbox"/>
Bypass / Stent ?	Ja: <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?	Nein: <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutzuckersenkende Medikamente?		Haben Sie einen sog. Diabetiker-Pass (blau) ?	
ja <input type="checkbox"/>	seit wann: _____	nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/>

Spritzen Sie Insulin? Ja seit wann: _____ Nein

Falls Ja, hatten sie schon mal schwere Unterzuckerungen mit fremder Hilfe: Ja Nein:

Falls Ja, lagen sie schon mal wegen hohen BZ-Werten im Krankenhaus (Intensivstation) ?

Ja: Nein:

Messen Sie selbst Ihren Blutzucker? Ja: Nein:

Wie heißt ihr Gerät:

Wenn ja, wie oft? _____ pro Tag

Haben Sie schon mal an einer Diabetikerschulung teilgenommen ?

Ja nein

Wenn ja, wann _____ Wo: _____

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt zur Diabetes Untersuchung? _____

Bei welchem Augenarzt waren Sie? _____

Haben Sie körperliche Bewegung oder treiben Sie Sport? Ja nein

Wenn ja, wie oft und wie lange? An _____ Tagen pro Woche, _____ Min.

Lagen sie in den letzten 2 Jahren im Zusammenhang mit Diabetes stationär im Krankenhaus:

Falls Ja: Wo: _____ In welchem Jahr: _____

Vielen Dank !