

 Zwickauer Straße 99a 04277 Leipzig	Aufnahmebogen für Menschen mit Diabetes	
		Formular

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.-Nr.: _____ Ihr Hausarzt: _____

Seit wann ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt? _____

Sind Ihre Eltern oder Geschwister an Diabetes erkrankt? _____

Haben Sie bereits an einer **Schulung für Diabetes mellitus** teilgenommen?
Ja / Nein. Wenn ja – wann war das? _____

Nehmen Sie **Medikamente** bezüglich des Diabetes ein (Name & Dosierung)?

Medikament F M A

Spritzen Sie **GLP1 Analoga** (Byetta, Victoza, Lyxumia)? Seit wann? _____

Falls Sie **Insulin** spritzen: Welches Insulin / wie viele Insulineinheiten spritzen Sie? _____ Seit wann? _____

Insulin morgens mittags abends zur Nacht

	I.E.	I.E.	I.E.	I.E.
	I.E.	I.E.	I.E.	I.E.

Benutzen Sie einen **Fertigpen** oder **Mehrwegpen**? Firma: _____

Welche **Kanülen** und **Lanzetten** benutzen Sie? _____

Welches **Blutzuckermessgerät** benutzen Sie? _____

Wann und wie oft messen Sie Ihren Blutzucker? _____

Haben Sie Unterzuckerungen? Ja / Nein. Häufigkeit: _____

Wie bemerken Sie diese? _____

 praxis dr. brauer Zwickauer Straße 99a 04277 Leipzig	Aufnahmebogen für Menschen mit Diabetes	
		Formular

Bitte benennen Sie Ihren letzten **HbA1c-Wert** (= Langzeitblutzuckerwert): _____

Nehmen Sie **weitere Medikamente** ein? (Name & Dosierung)

Medikament	F	M	A	N

Haben Sie einen **erhöhten Blutdruck** (Hypertonie)? ____ Haben Sie bereits einer **Hypertonieschulung** teilgenommen? ____ Wenn ja, wann? _____

Rauchen Sie? Ja / Nein

Sind **diabetische Folgeerkrankungen** bekannt? _____

- **Augenerkrankung** (z.B. Retinopathie, Glaukom)

Wann war der letzte Termin beim Augenarzt? _____

- **Nervenschädigung** (Neuropathie)

Leiden Sie unter Kribbeln, Taubheitsgefühl, Wadenkrämpfen, Schmerzen in den Füßen oder Beinen? Vor allem in Ruhe bzw. nachts? _____

- **Nierenschädigung** (Nephropathie)

Erhöhte Eiweißausschüttung im Urin / Kreatininerhöhung im Blut? _____

- **Durchblutungsstörungen** der Beine?

Wenn ja, wurde eine Gefäßultraschalluntersuchung durchgeführt? _____

Die gesetzlichen Krankenkassen geben bestimmte Rahmenbedingungen vor.
Daher bitten wir Sie um folgende Informationen:

Nehmen Sie am **DMP** für Diabetes mellitus teil? Ja / Nein _____

Wenn ja, wo (bitte Arztpraxis benennen)? _____

Waren Sie bereits früher bei einem Diabetologen in Behandlung? _____

Diabetes-Pass DDG	Ja / Nein	Blutzuckertagebuch:	Ja / Nein
-------------------	-----------	---------------------	-----------

Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg Bauchumfang: ____ cm