



**Praxis Koblenzer Strasse**  
Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Koblenzer Strasse 55  
57482 Wenden



Bitte füllen Sie diesen Aufnahme-Bogen sehr sorgfältig aus.

Nur wenn wir Ihre Erkrankungen und gesundheitlichen Besonderheiten kennen, können wir Sie optimal behandeln.

Ihre Antworten werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben

**Vielen Dank !**

**Schweigepflicht/Datenschutz:**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

**Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.**

Name, Vorname			geb. am	
[ ]			[ ]	
Überweisender Arzt – ist der Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Mit Bericht einverstanden	
Name	Fachgebiet	Ort	Ja	Nein
[ ]	[ ]	[ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt (falls abweichend)				
Name	Fachgebiet	Ort	Ja	Nein
[ ]	[ ]	[ ]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevorzugtes Telefon (Festnetz, Mobil): [ ]

**Diabetes-Typ**

- Typ 1  Typ 2 seit [ ] Jahren
- (vermuteter) Schwangerschaftsdiabetes

**Teilnahme am DMP Diabetes**

- nein, noch nicht
- ja, eingeschrieben beim Hausarzt

**Erst-Diagnose des Diabetes**

- Zufall
- folgende Symptome
  - Durst
  - Gewichtsabnahme
  - häufiges Wasser lassen
  - Sehstörungen
  - [ ]
- durch einen Zuckerbelastungstest (oGTT)

**Gibt es Diabetes in Ihrer Familie?**

nein

ja, bei

**Sind bei Ihnen Risikofaktoren bekannt:**

Bluthochdruck

Fettstoffwechselstörungen

Rauchen Sie?

Ja, wie viel: / Tag

nein, ich bin Nichtraucher

**Tragen Sie eine Insulin-Pumpe oder einen Glukose-Sensor (z.B. Libre, Dexcom)?**

nein

ja, Fabrikat:

**Welches Blutzuckermessgerät/-system verwenden Sie?**

**Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen**

nein

ja

wann:

wo:

**Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt**

nein

ja

am Auge; letzte Augenarztuntersuchung:

an den Nerven der Füße

Durchblutungsstörungen in den Beinen

diabetischer Fuß; Fußwunden:  ja  nein

an den Nieren

Herzinfarkt, wann

Schlaganfall, wann

**Bestehen bei Ihnen weitere Erkrankungen:**

Schilddrüse:

Lunge:

Herz:

andere:

**Haben Sie Beschwerden oder besondere Anliegen:**

**Körpergröße (in cm)**

**Gewicht (in kg)**

Bitte bringen Sie einen **aktuellen Medikamentenplan** mit !

**Falls Sie Insulin spritzen**, bringen Sie auch Ihren **aktuellen Insulinspritzplan** mit !