

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 !**

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____ ggf. Handy: _____

Diabetes-Typ

- Typ 1 Typ 2 seit _____ Jahren
 Schwangerschaftsdiabetes

Teilnahme am DMP Diabetes

- nein
 ja, eingeschrieben bei _____

Erst-Diagnose des Diabetes

- Zufall
 folgende Symptome Durst
 Gewichtsabnahme
 häufiges Wasser lassen
 Sehstörungen

 durch einen Zuckerbelastungstest (oGTT)

Gibt es Diabetes in Ihrer Familie?

Ersteinstellung des Diabetes durch

- Ernährung Tabletten (_____)
 Insulin (_____) CT BOT SIT SIT+ ICT

Aktuelle Einstellung des Diabetes durch

- Ernährung
 Tabletten: _____ morgens / mittags / abends / zur Nacht
 Glimepirid: _____
 Glibenclamid: _____
 DPP 4: _____

 Insulin: Name des Insulin: _____
Einstellung: CT BOT SIT SIT+
 Einheiten: _____
 nach Plan _____
 ICT _____ IE/BE
Zielwert: _____, Korrekturfaktor _____

Tragen Sie eine Insulin-Pumpe?

- nein
- ja, Fabrikat: _____

Welches Blutzuckermessgerät verwenden Sie?

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen

- nein
- ja wann: _____ wo: _____

Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt

- nein
- ja Retinopathie (Auge); letzte Augenarztuntersuchung: _____
- pPNP (Nervenstörungen) Kribbeln, Taubheitsgefühl, Brennen v.a. in den Füßen
- pAVK (Gefäße Füße, Durchblutungsstörungen in den Beinen)
- diabetischer Fuß; Fußwunden: ja nein
- Nephopathie (Niere)
- _____

Sind bei Ihnen Risikofaktoren bekannt:

- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörungen
- Herzinfarkt; wann _____(Jahr) Schlaganfall; wann _____(Jahr)
- Rauchen Sie? Ja, wie viel: _____/ Tag nein, ich bin Nichtraucher

Bestehen bei Ihnen weitere Erkrankungen:

- Schilddrüse _____
- Lunge _____
- Herz _____
- _____

Aktueller HbA_{1c}: _____

Aktuelle Beschwerden wegen des Diabetes:

Körpergröße (in cm) _____ / Gewicht (in kg) _____

Medikamentenplan (bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie einnehmen)

| Medikament: | Morgens: | Mittags: | Abends: | Zur Nacht: |
|-------------|----------|----------|---------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Unterschrift: _____