

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: \_\_\_\_\_

**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.**

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

**Diabetes-Typ**

Typ 1  Typ 2 seit \_\_\_\_ Jahren  Schwangerschaftsdiabetes

**Teilnahme am DMP Diabetes**

nein  ja, eingeschrieben bei \_\_\_\_\_

**Erst-Diagnose des Diabetes**

Zufall  
 folg Symptome  Durst  Gewichtsabnahme  
 häufiges Wasser lassen  
 Sehstörungen  \_\_\_\_\_  
 durch einen Zuckerbelastungstest (oGTT)

**Gibt es Diabetes in Ihrer Familie?**

\_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Risikofaktoren bekannt:**

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

**Ersteinstellung des Diabetes durch**

Ernährung  Tabletten ( \_\_\_\_\_ )  
 Insulin ( \_\_\_\_\_ )  CT  BOT  SIT  SIT+  ICT

**Aktuelle Einstellung des Diabetes durch**

- Ernährung morgens / mittags / abends / zur Nacht  
 Tabletten:  Metformin: \_\_\_\_\_  
 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 ?** \_\_\_\_\_

**Aktueller HbA<sub>1c</sub>:** \_\_\_\_\_

**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)  
 \_\_\_\_\_

**Bestehen bei Ihnen weitere Erkrankungen:**

- Schilddrüse \_\_\_\_\_  Lunge \_\_\_\_\_  
 Herz \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_