



Patientenfragebogen Diabetes mellitus

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig und gewissenhaft auszufüllen. So können wir Sie optimal hinsichtlich Ihrer Diabetestherapie betreuen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern weiter. Vielen Dank!

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.: _____ e-Mail: _____

Hausarzt: _____

Chronikerprogramm für Diabetes (DMP)? Nein ☐ Ja ☐

Sozialanamnese:

Berufstätig: ☐ Beruf: _____

Berentet: ☐

Wohnsituation: ☐ Alleinlebend ☐ mit Familie ☐ betreutes Wohnen
☐ Pflegeheim

Fahren Sie Auto oder andere KFZ? ☐ Ja ☐ Nein

Sport: _____

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Konsumieren Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja _____ / Woche

Gibt/ Gab es Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (welcher Typ)? _____

Medizinische Anamnese:

Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ Andere ☐

Seit wann ist der Diabetes bekannt? _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes mellitus ein? ☐ Ja ☐ Nein

Welches Blutzuckermessgerät nutzen Sie? _____

Spritzen Sie Insulin? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Insulinpumpe

Welche/s Insulin/e spritzen Sie? _____

Dosierung: Früh_____IE Mittag_____IE Abend_____IE Nacht_____IE

☐ mit Korrektur

Hatten Sie schon einmal eine schwere Unterzuckerung (notwendige Fremdhilfe)?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie in der Vergangenheit an einer Diabetesschulung teilgenommen?

☐ Nein ☐ Ja Wann und wo? _____

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus an:

☐ Nieren ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ KHK

☐ Durchblutungsstörungen der Beine/Schaufensterkrankheit ☐ Füße

☐ Augen ☐ Erektionsstörung (bei Männern) ☐ Schlafapnoe

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns?

☐ Neuerkrankung

☐ verbesserte Blutzuckereinstellung

☐ regelmäßige Kontrollen nach DDG-Gesundheitspass/ DMP

☐ Wundversorgung

☐ Schulung

☐ Ernährungsberatung

☐ andere _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bautzen, den _____ Unterschrift: _____