

Aufnahmebogen für die Diabetes-Schwerpunktpraxis

Name:

Geb.:

Adresse:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Hausarzt/Hausärztin:

Krankenversicherung:

Sehr verehrte Patientinnen und Patienten,

Um uns optimal auf Ihren Termin vorzubereiten, benötigen wir Ihre geschätzte Mitarbeit.



Ihre Größe:

cm



Ihr Gewicht:

kg

Wann wurde bei Ihnen erstmalig ein Diabetes mellitus festgestellt?

Wie hoch war Ihr letzter Hba1c (falls bekannt) ?

Falls Sie Insulin spritzen, wie lange schon?

Wann hatten Sie Ihre letzte Diabetikerschulung?

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes?

Bitte schildern Sie ihre aktuellen Probleme und Beschwerden:

Benötigen Sie eine Begleitperson (z.B. Schwerhörigkeit, Übersetzer, Demenz)?

Aufnahmebogen für die Diabetes-Schwerpunktpraxis

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt:

Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck) Ja ☐ / Nein ☐

Chronische Herzinsuffizienz (Herzschwäche) Ja ☐ / Nein ☐

Hohe Cholesterinwerte (Blutfette) Ja ☐ / Nein ☐

Asthma bronchiale / COPD Ja ☐ / Nein ☐

AVK (Durchblutungsstörungen der Arterien) Ja ☐ / Nein ☐

Schlaganfall Ja ☐ / Nein ☐

KHK / Herzinfarkt Ja ☐ / Nein ☐

Nierenerkrankung Ja ☐ / Nein ☐

Nächtliche Atemaussetzer Ja ☐ / Nein ☐

Polyneuropathie (Nervenschäden der Beine) Ja ☐ / Nein ☐

Diabetische Augenerkrankung Ja ☐ / Nein ☐

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

Welche anderen Erkrankungen haben Sie?

Treiben Sie Sport? Ja ☐ / Nein ☐ Wie viel:

Rauchen Sie? Ja ☐ / Nein ☐ Zigaretten/Tag:

Trinken Sie Alkohol? Nein ☐ / Gelegentlich ☐ / Regelmäßig ☐

Messen Sie Blutzucker? Ja ☐ / Nein ☐ Wie oft:

Mit welchem Blutzuckermessgerät?

Führen Sie ein Blutzuckertagebuch? Ja ☐ / Nein ☐

Haben Sie Probleme mit Unterzuckerungen? Ja ☐ / Nein ☐

Regelmäßige DMP Teilnahme in der Hausarzt-Praxis? Nein ☐ / Alle 3 Monate ☐ / Alle 6 Monate ☐

Aufnahmebogen für die Diabetes-Schwerpunktpraxis

Gibt es Medikamente die Sie nicht vertragen haben oder Medikamentenallergien?

Falls Sie einen Medikamentenplan haben, fügen Sie ihn bitte den Unterlagen bei!

Wenn Sie keinen Mediakamentenplan haben, welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	Dosis	morgens/mittags/abends/zur Nacht
		☐ / ☐ / ☐ / ☐
		☐ / ☐ / ☐ / ☐
		☐ / ☐ / ☐ / ☐

bitte benutzen Sie ggf. die Rückseite

Falls Sie einen Insuliplan haben, fügen Sie ihn bitte den Unterlagen bei!

Wenn Sie keinen Insulinplan haben, wie spritzen Sie?

Insulin	Dosis	Häufigkeit

Tragen Sie eine Insulinpumpe? Ja ☐ / Nein ☐

Welches Gerät?

Wie hoch ist Ihre Basalrate?

Aufnahmebogen für die Diabetes-Schwerpunktpraxis

Checkliste

Bitte folgende Unterlagen jedes Quartal mitbringen:

- ☐ Überweisung der Hausarztpraxis
- ☐ Krankenversicherungskarte
- ☐ Aktueller Medikamentenplan, Insulinplan, falls vorhanden
- ☐ Aktuelle Laborwerte, falls vorhanden
- ☐ Aktuelle Vorbefunde, falls vorhanden
- ☐ Blutzuckermessgerät, falls vorhanden Blutzuckersensor
- ☐ DMP Teilnahmeerklärung, falls es in der Hausarztpraxis durchgeführt wird

Zum Termin bei der Ärztin / Diabetesberaterin

- ☐ Ihre "Diabetesausrüstung": Pens, Blutzuckermessgerät, Stechhilfe
- ☐ Blutzuckertagebuch, Insulinplan, falls vorhanden

Gibt es noch etwas, das aus Ihrer Sicht wichtig ist?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam