



Fragebogen Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

Vorname, Name	Geburtsdatum
---------------	--------------

für eine optimale Betreuung bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen.

Diabetes mellitus Typ?	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> andere Form
Seit wann (Erstdiagnose)?/...../.....
Seit wann nehmen Sie Medikamente für Diabetes ein?	

Welche Medikamente für Diabetes nehmen Sie ein?

Medikament	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Bitte füllen Sie folgenden Abschnitt aus, wenn Sie Insulin spritzen:

Seit wann spritzen Sie Insulin für Diabetes?



Welches Insulin, wie viel und wann spritzen Sie?

Insulin	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie?	mg/dl
Welchen HbA1c-Zielwert haben Sie?	mg/dl mmol/mol
Spritzen Sie mit unterschiedlichen BE/KE-Faktoren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja BE/KE-Faktor: früh mittags abends	
Welchen Korrekturfaktor haben Sie?	1IE zusätzlich für mg/dl
Welche Nadellänge verwenden Sie?	mm
Sind auffällige Spritzstellen vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Haben Sie bereits Erfahrung mit Blutzuckerselbstmessung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Messen Sie aktuell Ihren Blutzucker selbst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, mit welchem Gerät?	
Wie oft messen Sie?	/Tag /Woche
Haben Sie Unterzuckerungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Wie viele pro Monat?	/Monat
Schwere Unterzuckerungen (Fremdhilfe notwendig) im letzten Jahr?	
Wann war die letzte schwere Unterzuckerung?/...../.....



Ab welchem Blutzuckerwert merken Sie eine Unterzuckerung?	<input type="checkbox"/> unter 40mg/dl <input type="checkbox"/> unter 60mg/dl <input type="checkbox"/> unter 80mg/dl
Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes? <input type="checkbox"/> Nieren (diabetische Nephropathie) <input type="checkbox"/> Füßen (diabetisches Fußsyndrom) <input type="checkbox"/> Augen (diabetische Retinopathie) <input type="checkbox"/> Nerven (diabetische Polyneuropathie)	
Welche weiteren Krankheiten sind bei Ihnen bekannt bzw. nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> COPD/Asthma <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/> andere Krankheiten	
Weitere Medikamente:	
Wann war Ihre letzte Kontrolle beim Augenarzt?/...../.....
Ergebnis?	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Netzhautschäden
Ist Diabetes bei Ihnen in der Familie bekannt? Bei wem, in welchem Alter und welcher Typ?	
Familienstand	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner/Ehepartner <input type="checkbox"/> Kinder/Angehörige im Haus
Beruf	
Hobbys	
Sport	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wieviel / Tag Seit welchem Lebensjahr?
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viel? Was?
Haben Sie an Schulungsprogrammen für Diabetes teilgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
Ort, Datum	Unterschrift