

Ihr **Name, Vorname:**

Ihr **Geburtsdatum:**

Diabetes-Vorgeschichte: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Ihre **Körpergröße:** Ihr **Gewicht:**

Wer ist Ihr(e) behandelnde(r) **Hausarzt/Hausärztin?**

Fachärzte:

Seit wann haben Sie Diabetes mellitus? Seit wann Insulin?

Diabetes-Erkrankung in der Familie? Wer?

Haben Sie schon an einer **Diabetesschulung** teilgenommen? ja nein

Wo? Wann? beim Hausarzt in Diabetespraxis im Krankenhaus (Jahr)

Erste Diabetesbehandlung: Hausarzt? Diabetologe? Wer? Klinik?

mit Insulin mit Diabeteskost? mit Tabletten?

Nehmen Sie am **DMP Diabetes (Curaplan)** teil? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Eigene Vor-Krankheiten (Seit wann?): Bluthochdruck:

Herzinfarkt: Übergewicht:

Fettstoffwechsel: HIV/Hepatitis:

Weitere Erkrankungen/ Operationen?

Alkohol: Zigaretten (pro Tag?)

Allergien/ Unverträglichkeit:

Aktuelle Diabetesbehandlung:

Ich ernähre mich: fettarm zuckerarm bewusst kalorienreduziert mit kcal
 entsprechend meiner BE/KHE-Berechnung ohne Einschränkungen

Name der Tabletten/Insulin	Frühstück Einheiten?	2. Frühstück Einheiten?	Mittag Einheiten?	Vesper Einheiten?	Abend Einheiten?	Spätstück Einheiten?
Tabletten:						
1. Insulin:						
2. Insulin:						
3. Insulin:						
Broteinheiten (KHE)						
BE-Faktor						

Variieren Sie Ihre Insulinmenge?

ja nein

Wenn ja? Ab welchem Blutzucker korrigieren Sie?

.....

Wie ist Ihr Zielwert?

.....

Wie sind Ihre Korrekturfaktoren?

Weitere Medikamente (Name? Dosis?):

Name der Tabletten	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

Angaben zur Spritztechnik:

Benutzen Sie einen **Pen/Pumpe**? Welche/n?

Welche **Nadelgröße**? mm Wie häufig wechseln Sie die Nadel?

Insulinkatheter? (Name? Länge? Nadel?)

In welche **Körperregionen** spritzen Sie welches Insulin?

Bauch: Oberschenkel:

Haben Sie Probleme mit den Spritzstellen? Welche?

Wie häufig führen Sie Selbstkontrollen durch?

Blutzucker x täglich, bzw. x wöchentlich.

Mit welchem **Gerät**?

Ketone, ab welchem BZ-Wert:

Wie hoch war Ihr letzter **HbA_{1c}**-Wert?

Neigen Sie zu Unterzuckerungen (Hypoglykämie)?

nie pro Woche/Monatmal täglich Wenn oft, wann? > ca. Uhr

Hatten Sie Unterzuckerungen **mit Bewusstlosigkeit** im letzten Jahr? ja nein

Bei welchen BZ-Werten bemerken Sie Ihre Unterzuckerungen?

Welche Zeichen treten **zuerst** auf?

Wachen Sie häufig morgens mit Kopfschmerzen auf? ja nein

Schwitzen Sie nachts häufig? ja nein

Besitzen Sie ein Glukagon-Hypokit (Notfallspritze): ja nein

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen des Diabetes bekannt?

Haben Sie **Nervenschädigungen** wie Kribbeln, Taubheitsgefühle,

Schmerzen, Kältegefühl an den Füßen/Händen?

ja

nein

Haben Sie **Druckstellen oder Wunden** an den Füßen?

ja

nein

Sind **Durchblutungsstörungen** an Herz, Hirn oder Beinen bekannt?

ja

nein

Letzte **Augenarztuntersuchung** (Wann? Wer?):

.....

Sind Augenhintergrundveränderungen bekannt?

ja

nein

Laserbehandlung (Wann? Wo?):

.....

Sind **Nierenschäden** bekannt? Eiweiß im Urin?

ja

nein

Nur für Männer: Bestehen **Potenzprobleme**?

ja

nein

Bestehen **weitere Beschwerden** oder alltägliche Behinderungen durch den Diabetes?

.....
.....
.....

Soziales:

Beruf/Ausbildung:

aktuelle Tätigkeit:

Grad der Behinderung (**GdB** %):

.....

Rente? Erwerbsunfähigkeitsrente? (Seit wann?)

.....

Familienstatus:

alleinstehend?

zusammenlebend?

verheiratet?

verwitwet?

Freizeitaktivitäten/Hobby?

.....

Eigene Kinder:

.....

Weitere Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Berlin, den

Unterschrift:

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Ihr Praxisteam