

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? ..... Wie alt waren Sie? .....

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 Diabeteskost?  mit Tabletten?

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

Herzinfarkt: ..... Schlaganfall: .....

Fettstoffwechsel: ..... HIV/Hepatitis: .....

Weitere Erkrankungen/ Operationen? .....

Alkohol: ..... Zigaretten (pro Tag?) .....

Allergien/ Unverträglichkeit: .....

## Aktuelle Diabetesbehandlung:

---

Ich ernähre mich:  fettarm     zuckerarm     bewusst kalorienreduziert mit ..... kcal  
 ohne irgendwelche Einschränkungen

Name der Tabletten / Insulin (wegen Diabetes)	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

### Weitere Medikamente (Name? Dosis?):

Name der Tabletten	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

## 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:

---

Sind Sie bereits in das DMP-Programm eingeschrieben?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? .....

Weiteres: .....

Berlin, den .....

Unterschrift: .....

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!**

*Ihr Praxisteam*