



Diabetologische Schwerpunktpraxis

MVZ Wettringen GmbH | Gnoiener Platz 2 | 48493 Wettringen
Tel.: 02557/377 | Fax: 02557/1506

Name, Vorname: _____

Telefon/Handy: _____

Straße, Hausnr.: _____

Email: _____

PLZ, Wohnort: _____

Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patienten,

um einen möglichst vollständigen Überblick über Ihre diabetesbezogene Vorgeschichte zu erhalten, wäre es sehr hilfreich, wenn Sie folgende Angaben machen könnten und diesen Bogen zu Ihrem ersten Termin in unserer Diabetespraxis mitbringen könnten.

Wann wurde die Diabetesdiagnose erstmals gestellt: _____ Typ 1 __, 2 __, 3 __

Nehmen sie bei Ihrem Hausarzt am Chronikerprogramm („DMP“) teil? Ja __ Nein __

Welche Therapie besteht aktuell?:

Tabletten (Name, Dosis): _____

Kurzzeitinsulin, Dosis: _____
(bringen Sie bitte unbedingt Ihre Dosisliste zum Termin mit, falls Sie nicht nach BE-Faktoren berechnen)

Langzeitinsulin, Dosis: _____

Blutzuckermessgerät, ggf. Sensor: _____

Injektionshilfe (Penname), Nadellänge: _____

Ggf. Insulinpumpenname, Katheter: _____

Unterzuckerungen: Nie __, selten (1x/Monat) __, häufig (1x/Woche) __;
Symptome ab Blutzuckerwert von ca. _____mg/dl

Haben auch **Familienmitglieder** einen Diabetes: _____

Bestehen Folgeerkrankungen?:

- Veränderungen an den Augen _____ letzter Augenarztbesuch: _____
- Gefühlsstörungen der Füße _____ Fußwunden: Ja __, nein __
- Erhöhtes Eiweiß im Urin _____
- Potenzstörung _____

Haben Sie jemals an einer Diabetikerschulung teilgenommen: Nein __, Ja __ Wann? _____

Bestehen **weitere Erkrankungen**, insbesondere eine **Herzerkrankung**, **Durchblutungsstörung** der Beinarterien oder Halsschlagader, **Bluthochdruck**; haben Sie schon mal einen **Schlaganfall** gehabt?

Bringen Sie Ihren **Medikamentenplan** mit. Alternativ können Sie ggf. weitere Medikamente hier notieren:

Zu guter Letzt: Welches Anliegen/ welche Erwartungen haben Sie an Ihre Behandlung in unserer Diabetespraxis?
