

Diabetes Schwerpunktpraxis Osdorf



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie vor Behandlungsbeginn um einige Angaben bitten.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxis-Team

Name:

Geburtsdatum:

Mit welchen Wünschen kommen Sie?

In welchem Jahr wurde erstmals ein erhöhter Blutzucker festgestellt:

Seit wann nehmen Sie Diabetes-Tabletten:

Spritzen Sie Insulin? Wenn ja, seit wann:

Spritzen Sie Viktoza oder Trulicity? Wenn ja, seit wann:

Wie oft messen Sie den Blutzucker? / Tag /Woche

Notieren Sie Ihre Blutzuckerwerte:

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät? Name:

Haben Sie an einer Diabetes-Schulung teilgenommen: Wann?

Haben Sie an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen: Wann?

Sind Sie in das Diabetesbehandlungsprogramm der Krankenkasse (DMP) aufgenommen?

Haben Sie einen Diabetes-Gesundheitspass?

Haben Sie ein Blutdruckmessgerät?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? Bei mitgebrachtem Medikamentenplan ist das Ausfüllen nicht notwendig.

Name:	Stärke (z.B. 10 mg)	Wie oft am Tag
-------	---------------------	----------------

Wie häufig wechseln Sie die Nadeln Ihres Pen?

Wie häufig wechseln Sie die Nadeln Ihrer Stechhilfe?

Ihr letzter Besuch beim Augenarzt war am:

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie zuletzt wegen Diabetes behandelt?

Bei welchen Verwandten ist Diabetes bekannt?

Wer pflegt Ihre Füße?

Bitte halten Sie - falls vorhanden - folgendes bereit:

- Ihre aktuelle Medikamentenliste
- Ihre aktuellen Laborwerte
- Diabetes-Gesundheitspass
- Blutzuckertagebuch und Blutzuckermessgerät, Insulin-Pen
- Krankenhaus und Facharztberichte (Augenarzt, Nephrologe, Kardiologe, Neurologe)

Wir bieten Ihnen an Sie zu benachrichtigen, wenn die auf Sie zugeschnittene Diabeteschulung stattfindet. Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie zu unterschreiben und Ihre Kontaktdaten zu hinterlassen.

Telefonnummer:

E-Mail:

Unterschrift

Datum: