

Diabetologische Schwerpunktpraxis Berlin – Weißensee

Dres. Fuchs & Kohn und Meyer

Patienten - Name:

Wer ist Ihr **behandelnder Hausarzt:**

Fachärzte, die Sie zusätzlich behandeln:

Welchen **Diabetestyp** haben Sie? Typ 1 Typ 2 Sonstiger

Seit wann haben Sie Diabetes mellitus? Seit wann Insulin?

Diabetes-Erkrankung in der Familie? Wer?

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

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

Welche **Erkrankungen** sind bei Ihnen noch bekannt? (Seit wann?):

Bluthochdruck: ja nein

Herzinfarkt: ja nein

Fettstoffwechselstörung: ja nein

Gicht: ja nein

Durchblutungsstörung: ja nein

Weitere Erkrankungen/ Operationen?:

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

Allergien/ Unverträglichkeit:.....

aktuelle Diabetesbehandlung (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):

Name der Insuline	Frühstück Einheiten?	2.Frühstück Einheiten?	Mittag Einheiten?	Vesper Einheiten?	Abend Einheiten?	Spätstück Einheiten?
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?:

Bitte wenden !

weitere Medikamente (Name? Dosis?):

Name der Tabletten	Frühstück	Mittag	Abend	Zur Nacht

Angaben zur Spritztechnik

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

Welche **Nadellänge**? 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/Monat mal 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

Sind Sie mit Ihrer **Sexualität** zufrieden? ja nein

Möchten Sie darüber sprechen? 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?:

Weitere Bemerkungen:

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