

Andreas Göckenjan

Facharzt für Allgemeinmedizin Diabetologe DDG
 Hauptstr. 131
 10827 Berlin
 Tel.: +49 (030) 781 13 49
 Fax.: +49 (030) 787 14 249
 Mail: info@hausarzt-diabetespraxis-berlin.eu



ausgefüllt am: / /

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
--------------	-----------------	----------------------

Sehr geehrte(r) Patient(in),
 als Vorbereitung auf die Untersuchung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und in der Anmeldung abzugeben.

Aktuelle Beschwerden:					
.....					
Diabetesanamnese:					
Diabetes seit, Insulin seit, Schulung zuletzt <input type="radio"/> mit Insulin <input type="radio"/> ohne Insulin					
Folgekrankheiten des Diabetes an <input type="radio"/> Augen <input type="radio"/> Nieren <input type="radio"/> Nerven <input type="radio"/> Füßen <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen <input type="radio"/> Amputationen					
Welche Insuline, welche Pens, Nadellänge mm Spritzstelle <u>Mahlzeiteninsulin</u> <input type="radio"/> Bauchhaut oder <u>Basalinsulin</u> <input type="radio"/> Bein oder Verhärtungen? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN / Probleme mit dem Spritzen <input type="radio"/> JA ggf KE-Faktoren::1-.....:1-.....:1-.....:1 Korrekturfaktor / Zielwert: <input type="radio"/> mg/dl / <input type="radio"/> mmol/L Blutzuckermessung <input type="radio"/> BZM / <input type="radio"/> FGM / <input type="radio"/> CGM ? : wie häufig? Ggf. Insulinpumpe: Gerät: Gerätealter:					
Unterzuckerungen <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA, wie häufig? <input type="radio"/> täglich / <input type="radio"/> pro Woche / <input type="radio"/> pro Monat Bemerke Unterzuckerungen bei Werten ab <input type="radio"/> mg/dl / <input type="radio"/> mmol/L Unterzuckerungswahrnehmungstraining / Schulung <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA, zuletzt					
Kohlehydrat-Verteilung:					
Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	vor dem Schlafen
Aktuelle Medikamente:					
Medikamente [mg]	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	Bei Bedarf
Unverträglichkeit / Allergie gegen Medikamente? <input type="radio"/> JA, gegen					
Chronische Erkrankungen:					
<input type="radio"/> Hoher Blutdruck <input type="radio"/> Hohe Blutfettwerte <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße <input type="radio"/> Durchblutungsstörung der Beine <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> Allergie – welche?			<input type="radio"/> Atemwegserkrankungen <input type="radio"/> Hauterkrankungen <input type="radio"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes <input type="radio"/> Erkrankungen der Nieren/Harnwege <input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Nervenkrankheiten <input type="radio"/> Augen/Ohrenkrankheiten <input type="radio"/> sonstige		
Größe: cm	Gewicht: kg	Raucher? <input type="radio"/> JA,/Tag <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> FRÜHER			

- Vielen Dank -