

### Ärztliche Fragen zur Krankengeschichte

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Die Beantwortung der folgenden Fragen ermöglicht uns, Ihre speziellen Probleme und Wünsche gezielter anzugehen.

Wann wurde bei Ihnen Diabetes diagnostiziert? \_\_\_\_\_ Nehmen Sie Diabetes-Medikamente?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Spritzen sie Insulin? \_\_\_\_\_ Wenn ja, welches Insulin? \_\_\_\_\_

Ist in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) Diabetes bekannt?  
\_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Erhöhter Blutdruck  Nein  Ja      Fettstoffwechselstörung  Nein  Ja

Schilddrüsenerkrankung  Nein  Ja

Herzinfarkt  Nein  Ja Wann? \_\_\_\_\_

Schlaganfall  Nein  Ja Wann? \_\_\_\_\_

Bypass OP  Nein  Ja Wann? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie ein Blutzuckermessgerät?  Nein  Ja  
Welches? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal eine Diabetes-Schulung gemacht?  Nein  Ja Wann und wo?  
\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein?  
\_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja, seit wann und wieviel? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Diabetes-Pass?  Nein  Ja  Weiß nicht

Ich bin einverstanden, dass meine Daten für eine anonyme Statistik verwendet werden dürfen  Nein  Ja

Ich bin einverstanden, am Recall (Benachrichtigung) der Praxis teilzunehmen  Nein  Ja