



Aufnahmebogen für die Diabetes- Schwerpunktpraxis Wosch

Name: _____

Hausarzt: _____

Geb.: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

Sehr verehrte Patientinnen und Patienten,

Sie sind wegen einer Zuckererkrankung oder anderer Stoffwechselprobleme in unsere Praxis gekommen. Um ein optimales Therapieziel mit Ihnen erreichen zu können, brauchen wir Ihre geschätzte Mitarbeit. Für den ersten Kontakt benötigen wir einige Angaben:

Ihre Größe: _____ m

Ihr Gewicht: _____ kg

Wann wurde bei Ihnen erstmalig ein Diabetes mellitus festgestellt? _____

Falls Sie Insulin spritzen, wie lange schon? _____

Wann hatten Sie Ihre letzte Schulung? _____

Gibt (oder gab) es in Ihrer Familie Patienten mit Diabetes? _____

Wann wurde das letzte mal ein EKG gemacht? _____

Bitte schildern Sie aktuelle Probleme und Beschwerden. Wie lange bestehen diese?

Diabetische Folgeerkrankungen:

Wie hoch war Ihr letzter **HbA1c**: _____

Haben Sie Probleme mit Unterzuckerungen? Ja Nein

Benötigten Sie Fremdhilfe (Notarzt / Familienangehörige) Ja Nein

Relevante Vorerkrankungen

| Name der Krankheit | Zeitraum |
|--------------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

| | Ja | Nein | Häufigkeit pro Tag |
|---|--|------|----------------------|
| Messen Sie Blutzucker | | | mal |
| Führen Sie ein Tagebuch | | | |
| Treiben Sie Sport | | | Welchen? Wie oft? |
| Zigaretten | | | Stück pro Tag |
| Alkohol | | | Was? Wie oft? |
| Sind Sie in ein <i>Krankenkassen - Programm (DMP)</i> bei Ihrem Hausarzt eingeschrieben? | Bitte Teilnahmeerklärung mitbringen. | | |

Wann hatten Sie den letzten Termin beim **Augenarzt**? _____

Hat der Augenarzt krankhafte Veränderungen festgestellt? Ja Nein

Wurden diese behandelt (z.B. durch Laser oder OP)? Ja Nein

Name des **Augenarztes**: _____

Leiden Sie aktuell unter folgenden Problemen?

Ja Nein

| | | |
|---|--|--|
| Engegefühl der Brust / Luftnot | | |
| Schmerzen der Beine, die zum Stehen bleiben zwingen | | |
| Lähmungserscheinungen / Sprachstörungen | | |
| Schwer einstellbaren hohen Blutdruck | | |
| Taubheitsgefühl der Beine / Kribbeln | | |
| Bei Männern: Potenzprobleme | | |
| Schwindel / Gangstörungen | | |
| Verdauungsprobleme, Durchfälle, Verstopfung | | |
| Herzrhythmusstörungen | | |
| Tagesmüdigkeit / Leistungsabfall | | |
| Schnarchen Sie, oder haben Sie Atemaussetzer | | |
| Leiden Sie unter einer einschränkenden Gehbehinderung | | |
| Falls nein, haben Sie den Aufzug benutzt | | |

| <i>Medikamente:</i> | <i>Dosis:</i> | <i>Häufigkeit der Einnahme:</i> |
|---------------------|---------------|---------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| <i>Insulin:</i> | <i>Dosis und Häufigkeit:</i> |
|-----------------|------------------------------|
| | |
| | |
| | |

Außerdem bitten wir Sie zum ersten Kontakt folgende Dinge unbedingt mitzubringen:

- *Krankenkassenkarte und Überweisung*
- *Liste über alle zur Zeit eingenommenen Medikamente und / oder Insulin (siehe oben)*
- *Aktuelle Laborwerte (insbesondere Cholesterin, Triglyceride, HbA1c, Kreatinin)*
- *Sonstige Befunde vom Hausarzt oder von Klinikaufenthalten*
- *Ihre „Diabetesausrüstung“ (falls schon vorhanden): Pens, DDG- Gesundheitspass*
- **Ganz wichtig:** *BZ- Tagebuch mit Blutzuckerwerten aus Ihrer Selbstmessung*

Platz für Bemerkungen Ihrerseits:

*Falls Fragen offen bleiben, stehen wir gerne hilfreich zu Ihrer Verfügung.
Für Ihre Mühe und Mitarbeit bedanken wir uns schon herzlich im Voraus.
Ihr Praxisteam!*