



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis! Um ausreichend Zeit für das Gespräch über Ihre aktuellen Beschwerden zu haben, bitten wir Sie, ein paar Fragen vorab zu beantworten. (Auf freiwilliger Basis.) Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Falls der Platz nicht ausreicht benutzen Sie bitte die Rückseite.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_ Telefon Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Hausarzt Sie in das DMP-Programm eingetragen?  Ja  Nein

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Seit wann leiden Sie an Diabetes?

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden:

Sehstörungen  Gewichtsverlust  starker Durst  häufiges Wasserlassen

Müdigkeit  Schwäche  Depression  Konzentrationsstörung

Infektionsneigung  Kribbeln der Füße  Wadenkrämpfe  Erektionsstörung

Andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wieviel am Tag?  
Seit wieviel Jahren?

Treiben Sie Sport?  Ja  Nein

Welchen?

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Welche?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein

Was? \_\_\_\_\_ Wieviel? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal an einer Diabetesschulung teilgenommen?  Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Halten Sie eine Diabetes-Diät ein?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck  Herzinfarkt  Schlaganfall

Fettstoffwechselstörung  Nierenerkrankung  Durchblutungsstörung

Andere Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

Diabetes  Übergewicht  Bluthochdruck  Fettstoffwechselstör.

Herzinfarkt  Schlaganfall  Amputationen  Nierenerkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Welche? Welche Dosis? Wann?)

Bitte auf der Rückseite notieren!

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**