

Bei Unklarheiten sprechen Sie uns einfach an.

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Beruf/Tätigkeit:	Nationalität:
Familienstand:	Haben Sie Kinder?
Leben Sie alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betreuung durch Angehörige erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja, durch:	<input type="checkbox"/> Nein
Name Hausarzt:	
Überwiesen/empfohlen durch:	

Rauchen Sie?	Welche alkoholischen Getränke trinken Sie?
<input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ Zigaretten/Zigarren am Tag	<input type="checkbox"/> Keine
<input type="checkbox"/> Ja, Pfeife	<input type="checkbox"/> Sekt/Wein: Gläser (0,2l) pro Woche: (x 18g)
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Bier: Flaschen (0,5l) pro Woche: (x 20g)
	<input type="checkbox"/> Schnaps o.ä.: Gläser (2cl) pro Woche: (x 6g)
	( = g/Woche _____ )

Ich spritze Insulin <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein Insulinname + Einheiten morgens: _____ mittags: _____ abends: _____ spät: _____	Wie viel Bewegung haben Sie? pro Tag _____ pro Woche: _____ <input type="checkbox"/> so gut wie keine <input type="checkbox"/> Ich betreibe folgende Sportart(en): _____ _____
Name des Pens: _____	

Seite 1/2

Leiden Sie an einer der folgenden Begleit- und Folgeerkrankung? Falls zutreffend, bitte Diagnosejahr angeben!	
<input type="checkbox"/> Es sind keine weiteren Erkrankungen bekannt	<input type="checkbox"/> diab. Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> diab. Nervenschädigungen
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ KHK	<input type="checkbox"/> Potenzstörungen/sexuelle Probleme
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Beine)	<input type="checkbox"/> diab. Augenschädigung
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> diab. Fußgeschwür
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure (Gicht)	<input type="checkbox"/> Unterzuckerungen (Wie oft?)
<input type="checkbox"/> sonstige Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige

Mein letzter Krankenhaus- Aufenthalt	Mein letzter Augenarztbesuch
war: _____ wegen: _____	war: _____ wegen: _____
Ich hatte bisher eine Fußuntersuchung	Mein Urin wurde bereits auf Eiweiß untersucht (Micraltest)
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Auffälligkeiten?	Auffälligkeiten?
Das letzte EKG war:	Besitzen Sie einen Gesundheitspass?
Das letzte Labor war:	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe?	Hatten Sie bereits eine Raucherentwöhnung?
<input type="checkbox"/> Ja, in: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?	Haben Sie bereits an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen?
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse daran?	Haben Sie Interesse daran?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Messen Sie Ihren Blutzucker selbst?	Besitzen Sie ein Blutzucker-Tagebuch?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____
<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät	ausgestellt durch: _____
Gerät:	<input type="checkbox"/> Nein
Kontrolle des Harnzuckers:	
<input type="checkbox"/> Ja, _____ x pro Tag <input type="checkbox"/> Nein	

Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wird von der Mitarbeiterin im Labor ausgefüllt!!			
Größe: _____	Gewicht: _____	aktueller BZ: _____	<input type="checkbox"/> nü <input type="checkbox"/> pp
Bauchumfang: _____	Hüftumfang: _____	HbA1c: _____	
BMI: _____		Cholesterin: _____	Triglyceride: _____
RR rechts: _____	RR links: _____	HDL: _____	LDL: _____
HF: _____		Kreatinin: _____	Harnsäure: _____