

Andreas Göckenjan

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



ausgefüllt am:/...../.....

Vor- und Nachname:

Geb Datum: / /

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

Aktuelle Beschwerden:

.....

.....

Diabetesanamnese:

Diabetes seit, Insulin seit, Schulung zuletzt mit Insulin ohne Insulin

Folgekrankheiten des Diabetes an
 Augen Nieren Nerven Füßen Herzinfarkt Schlaganfall Durchblutungsstörungen Amputationen

Welche Insuline,
 welche Pens, Nadellänge mm
 Spritzstelle Mahlzeiteninsulin Bauchhaut Basalinsulin Bein
 Verhärtungen? JA NEIN / Probleme mit dem Spritzen JA
 ggf BE-Faktoren: :1-.....:1-.....:1-.....:1
 Korrekturfaktor / Zielwert: mg/dl / mmol/L

Unterzuckerungen NEIN JA, wie häufig? täglich / pro Woche / pro Monat
 Bemerke Unterzuckerungen bei Werten ab mg/dl / mmol/L
 Unterzuckerungswahrnehmungstraining / Schulung NEIN JA, zuletzt

BE-Verteilung:

Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	vor dem Schlafen

Aktuelle Medikamente:

Medikamente [mg]	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	Bei Bedarf

Unverträglichkeit / Allergie gegen Medikamente? 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? JA,/Tag NEIN FRÜHER

- Vielen Dank -