



## Fragebogen für Menschen mit Diabetes mellitus

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Seit wann ist bei Ihnen Diabetes mellitus bekannt? \_\_\_\_\_ (Jahr)

- Nehmen Sie Zuckertabletten ein?  ja  nein

Wenn ja, welche und wie viele täglich? \_\_\_\_\_

- Spritzen Sie Insulin?  ja  nein

Wenn ja, - seit wann? \_\_\_\_\_

Welches Insulin:

Wie viele Einheiten:

Welches Insulin:	Wie viele Einheiten:

- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Unterzuckerungen, bei denen Sie sich selber nicht mehr helfen konnten?  Ja  nein

- Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt? \_\_\_\_\_ (Jahr) **Bitte**

- Sind bei Ihnen die Augen schon einmal gelasert worden?  Ja  nein

**auch die 2. Seite ausfüllen ! →**

- Welche übrigen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

---

---

- Rauchen Sie?  Ja  nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

- Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?  Ja  nein

- Sind bei Ihnen erhöhte Blutfette bekannt?  Ja  nein

- Sind oder waren bei Ihnen schwerwiegende Erkrankungen an Herz oder Gefäßen bekannt?  Ja  nein

Wenn ja, welche?

- Herzinfarkt  sonstige Erkrankungen der Herzkranzgefäße  
 Angina pectoris  Herzinsuffizienz (Herzschwäche)  
 Bypass-Operation  Schlaganfall oder Durchblutungsstörungen der Beine

- Ist in Ihrer Familie Diabetes mellitus aufgetreten?  Ja  nein

Wenn ja, wer?  Großeltern  Vater  Mutter  Geschwister

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Sind Sie im Behandlungsprogramm der Krankenkassen für Menschen mit Diabetes (DMP-Programm) eingeschrieben?  ja  nein

Besitzen Sie einen „Gesundheitspass Diabetes“?  Ja  nein

Vielen Dank für Ihre Hilfe!