



Fragenblatt für Diabetespatienten (Teil 1)

Liebe Patientin, lieber Patient, mit der Beantwortung der nachfolgenden Fragen können Sie uns helfen, Ihre Diabetesbetreuung optimal zu gestalten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, klären wir dies im persönlichen Gespräch gemeinsam. Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Name: _____ Telefonnummer: _____

Vorname: _____ Mobilnummer: _____

Geburtsdatum: _____ e-mail-Adresse: _____

Familienstand: _____

Vorgeschichte

1. Seit wann ist Ihr Diabetes mellitus bekannt? _____

2. Seit wann nehmen Sie Diabetesmedikamente? _____

3. Sind in Ihrer Familie Geschwister, Eltern oder Großeltern an Diabetes erkrankt? _____

4. Seit wann spritzen Sie Insulin? _____

5. Haben Sie schon einmal an einer Diabetikerschulung teilgenommen? _____

Wann	Wo
------	----

6. Hatten Sie bislang mit folgenden Problemen zu tun? _____

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	eine Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	schwere Unterzuckerung mit Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	---	--------------------------

Fußgeschwüre	<input type="checkbox"/>	eine Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Laserbehandlung am Auge	<input type="checkbox"/>	eine Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

eine Bluterkrankung	<input type="checkbox"/>	eine Cortisontherapie	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Diabetesmedikamente und Hilfsmittel

1. Wie heißen Ihre Diabetesmedikamente? _____

2. Wie heißt Ihr Insulin? _____

3. Welche Getränke nehmen Sie tagsüber zu sich? _____

Welche abends? _____

4. Essen Sie gern Obst? Wenn ja, welches? _____

5. Trinken Sie regelmäßig Alkohol wenn ja was und wie viel? _____



Fragenblatt für Diabetespatienten (Teil 2)

Begleiterkrankungen

1. Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

2. Wann waren Sie zuletzt beim Kardiologen?

3. Wann waren Sie zuletzt beim Neurologen?

4. Wann waren Sie zuletzt zur Blutentnahme beim Hausarzt (Blutfette, Blutbild, Nierenwerte)?

5. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wieviel rauchen Sie tgl.?

6. Treiben Sie regelmäßig Sport? Falls ja, was und wie oft pro Woche?

7. Haben Sie regelmäßig Bewegung? Falls ja was?

8. Gibt es Probleme in Ihrem Sexualleben (Erektion, Orgasmus)

9. Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen, oder sind Sie in in letzter Zeit oft traurig und antriebslos? letzter Zeit oft traurig?

Sonstige Bemerkungen