

**Dr. med. Stephan Hermes**

Facharzt für Innere Medizin/Diabetologie/  
Versorgungsschwerpunkt Kardiologie

**Dr. med. Benedikt Bersch**

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie/Diabetologie

**Dr. med. Maren Raude**

Fachärztin für Innere Medizin/Diabetologin

## Fragebogen für Patienten mit Diabetes mellitus

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

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

Familienstand: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

Berufstätig? Ja  Nein  Schichtarbeit

Rauchen Sie? Ja  Nein

Alkohol? Ja  Nein

Diabetes Typ? 1  2  nicht bekannt  sonstiges

Seit wann bekannt? \_\_\_\_\_

Welche Probleme haben Sie mit Ihrem Diabetes?/ Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch in unserer Schwerpunktpraxis?

Dauerhaft hohe Werte

Stark schwankende Werte

Häufige Unterzuckerung

Sonstige Beschwerden, wie z.B. Schwindel, Müdigkeit, Zahnfleischbluten usw.?

familiäre Krankenvorgeschichte:

Diabetes Eltern  Geschwister  Großeltern

Herzinfarkt Eltern  Geschwister  Großeltern

Schlaganfälle Eltern  Geschwister  Großeltern

Treiben Sie Sport?

Ja  Nein  Genaue Angaben: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon an einer Diabetesschulung teilgenommen?

Ja  Nein

Wann: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

Führen Sie Blutzuckerselbstkontrollen durch?

Ja  Nein

Welches Gerät? \_\_\_\_\_ Wie alt ist es ca.: \_\_\_\_\_

Sind Sie im sog. DMP eingetragen? Ja  Nein

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? Bitte auch Dosierung angeben!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spritzen Sie Insulin?

Ja  Nein

Wenn JA, welche Insulinsorten? \_\_\_\_\_

Einheiten Normal-/ Altinsulin:

Morgens: \_\_\_\_\_ mittags: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_

Einheiten Basalinsulin:

Morgens: \_\_\_\_\_ mittags: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Insulinpumpe:

Ja  Nein

Wenn JA, welches Modell: \_\_\_\_\_

Basalrate insgesamt: \_\_\_\_\_

Haben Sie weitere Erkrankungen?

Bluthochdruck	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten an den Füßen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Augen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an folgenden Krankheitszeichen?

Verstärktes Durstgefühl	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Häufiges Wasserlassen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Engegefühl in der Brust unter körperlicher Anstrengung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Taubheit, Kribbeln, Schmerzen in den Füßen & in den Beinen beim Gehen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Luftnot	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!