

Diabetes Fragebogen / Gemeinschaftspraxis Hamm Datum:

Name:				
Beruf:				
Seit wann ist der Diabetes bei Ihnen bekannt:				
Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Sind Sie in das Diabetesprogramm Ihrer Krankenkasse (DMP) eingeschrieben?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt:				
Wie ist der Name Ihres Augenarztes:				
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt:				
Wie ist der Name Ihres Zahnarztes:				
Wann waren Sie zuletzt beim Facharzt für Herzerkrankungen (Cardiologe):				
Wie ist der Name des Cardiologen:				
Sind sie tagsüber oft müde ?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Schnarchen Sie ?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Wurden bei Ihnen schon mal Atemaussetzer in der Nacht beobachtet?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Welches Blutzuckermessgerät benutzen Sie:				
Hatten Sie schon mal eine Diabetes-Patientenschulung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann:			
Haben Sie einen Gesundheitspass Diabetes:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Wie war der letzte Zuckerlangzeitwert (HBA1c):				
Liegen bei Ihnen schwere Erkrankungen vor?: Wenn ja welche?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Haben Sie aktuell Beschwerden? Wenn ja welche?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Name des Medikament	morgens	mittags	abends	spät
Haben Sie Ihre Diabetes Tabletten gut vertragen? Wenn Nein welche Beschwerden traten auf?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Spritzen sie Insulin? Wenn ja wie heißt Ihr Insulin ?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Was können wir für Sie tun (Patientenziel)?				
Notizen:				