



Fragebogen Neupatient

Hausarzt: _____

Nehmen Sie an einem Diabetiker Betreuungsprogramm teil?

nein ja

Sind Sie in ein Hausarztprogramm eingeschrieben?

nein ja, bei der Krankenkasse: _____

Diabetes in Behandlung

Typ 1 Typ 2

Gibt es in Ihrer Familie Diabetes? nein ja

Wenn ja, wer? _____

Diabetes bekannt seit: _____

Tabletten seit: _____ Welche? _____

Insulin seit: _____ Welches, Dosis? _____

Andere Medikamente (Blutdruckmittel, Fettsenker usw.):

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____

Waren Sie schon einmal beim Kardiologen? _____

Probleme durch Diabetes

	nein	ja	wann?
Schwere Unterzuckerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt, Bypass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervenprobleme (Polyneuropathie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fußkomplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Andere Erkrankungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte, Allergien:

Rauchen Sie? nein ja; wie viel pro Tag? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Neigen Sie dazu, tagsüber einzuschlafen? nein ja

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Autoimmunerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen, Rheuma, Weißfleckenerkrankung der Haut (Vitiligo), Asthma.....

nein ja; wenn ja, welche? _____

Datum Name in Druckbuchstaben und Unterschrift