

Diabetes-Krankheitsgeschichte

Bitte kreuzen Sie die richtigen Antworten an und füllen Sie die Lücken aus
Bitte Rückseite beachten

Name, Vorname _____ Geb.: _____

Tel.: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Diabetes seit (**Monat/Jahr**): _____ Diabetestyp: _____

Diabetesmedikamente seit: _____ Insulin seit: _____

Insulin-Pumpe: Name: _____ seit wann? _____

Hausarzt: _____

Diabetes in der Familie bekannt, wenn ja bei wem? _____

Typ 1 Typ 2

Diabetes-Pass (blaues Büchlein) vorhanden: ja nein

Teilnahme am DMP: ja nein Letzte Schulung (wann): _____
(z.B. Curaplan, Diabetes-Programm der Krankenkassen)

Selbstkontrolle:

Blutzucker wird täglich _____ Mal gemessen. Blutzucker-Tagebuch: ja nein

Welches Blutzuckermessgerät: _____

Unterzuckerungen (Hypoglykämie) in den letzten 3 Monaten: ja nein

Blutzuckerwerte nüchtern (morgens): _____ mg/dl

Sonstiges:

Sport: ja nein Stunden pro Woche: _____ Welche Sportart? _____

Alkohol: ja nein _____ Halbe Bier Glas Wein täglich gelegentlich

Raucher: ja nein Zig./Tag: _____

Seele:

Fühlen Sie sich oft traurig, bedrückt oder hoffnungslos? ja nein

Machen Ihnen Ihre Hobbies noch Freude? ja nein

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? ja nein

Herzerkrankungen:

Herzschwäche: ja nein Herz-Bypass oder Aufdehnung: ja nein

Herzklappenfehler: ja nein Herzinfarkt: ja wann _____ nein

Herzrhythmusstörungen: ja nein Engegefühl in der Brust: ja nein

Durchblutungsstörungen:

Einengung der Halsschlagader: ja nein Bypass in den Beinen: ja nein

Schlaganfall: ja nein wann: _____

Nervenschädigung:

Gefühlsstörungen in den Beinen/Füßen/Zehen: ja nein

Wunden, Rötungen und Druckstellen an den Füßen/Zehen: ja nein

Aktuelle Schuhversorgung: Konfektionsschuhe (normales Schuhwerk): ja nein

Orthopädische Schuhversorgung: ja nein

