

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie besuchen zum ersten Mal unsere Praxis. Da die Therapie vieler Erkrankungen eine umfassende Kenntnis der Vorgeschichte erfordert, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. So helfen Sie uns, den Behandlungsablauf zu optimieren und den Therapieerfolg zu verbessern.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Name:	Geb.:
Tel.:	E-Mail:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich, damit wir Sie optimal behandeln können!

1. Wann wurde der Diabetes bei Ihnen festgestellt (Monat/Jahr)? ____/____

2. Welcher Diabetes-Typ liegt bei Ihnen vor? Bitte ankreuzen!

Typ 1 2 3 weiß nicht

3. Wird Ihr Diabetes mit Insulin behandelt?

Wie heißt Ihr Insulin und wann spritzen Sie wie viele Einheiten?

4. Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamentenname	Dosis	Einnahmezeitpunkt morgens-mittags-abends-nachts

5. Haben Sie bereits an einer Diabetes- oder Blutdruckschulung teilgenommen

(Wann, wo, welche Schulung)

6. Haben Sie Beschwerden, die Sie auf den Diabetes zurückführen?

7. Leidet in Ihrer Blutsverwandschaft jemand unter Diabetes mellitus? (Wer, Diabetestyp)

8. Welche Krankheiten sind bei Ihnen selbst noch bekannt (bitte alle auführen!)?

9. Rauchen Sie? (Wie viel, seit wann?)

10. Wieviel Alkohol trinken Sie in der Woche? (Bier, Wein, sonstige Alkoholika)

11. Welchen Beruf üben Sie aus, bzw. haben Sie ausgeübt?

12. Wie ist Ihr Familienstand? (Ledig, verheiratet, verwitwet, usw.)

13. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? (auch Medikamentenunverträglichkeiten)

Datum:

Unterschrift