

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Anna Weisrock/Dr. med. Sylvia Rosset

Wilhelm-Holzamer-Weg 1, 55268 Nieder-Olm

Tel.: 06136 95 34 070; Fax: 06136 95 34 071; E-Mail praxis@dsp-nieder-olm.de

Sehr geehrte Patientin,

sehr geehrter Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Informationen – bitte füllen Sie hierzu die beigefügten Fragebögen aus und bringen diese mit.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, den Termin wahrzunehmen, teilen Sie uns dies bitte **rechtzeitig** mit.

! Bitte beachten Sie, dass bei **Nichterscheinen ohne Absage** Ihrerseits **kein Ersatztermin** angeboten wird.

Bringen Sie bitte zu dem Termin, falls vorhanden, Folgendes mit:

- Arztberichte, Entlassungsbriefe etc.
- Laborbefunde
- Medikamentenplan
- DMP Dokumentation
- Gesundheitspass Diabetes
- Blutzuckermessgerät
- Blutzuckertagebuch / aufgeschriebene Blutzuckerwerte
- Ihre Versichertenkarte

Bitte beachten Sie: Als Neupatient werden Sie von uns in den verschiedenen Bereichen eingeplant. Hierfür müssen Sie ein Zeitfenster von mindestens 2 Stunden einkalkulieren.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Vorname: _____	Nachname: _____
Geburtsdatum: _____	Fax-Nr.: _____
Telefon: _____	Handy: _____
Hausarzt/-ärztin: _____	E-Mail: _____

Sozialanamnese

☐ verheiratet ☐ in Lebensgemeinschaft ☐ alleinlebend

Ihr Beruf: _____

Sind Sie berentet/pensioniert: ☐ Ja ☐ Nein

Freizeitaktivitäten: _____

Regelmäßige körperliche Betätigung: ☐ Ja ☐ Nein

Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, ca. _____/Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Ja, regelmäßig

Ihre Körpergröße: _____cm Ihr Körpergewicht: _____kg

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 12 Monaten verändert?

☐ Nein

☐ Ja, Gewichtsabnahme um _____kg ☐ Ja, Gewichtszunahme um _____kg

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Familienanamnese

Ist bei Angehörigen Diabetes bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?

- ☐ Koronare Herzerkrankung ☐ erhöhter Blutdruck
☐ Schlaganfall ☐ Krebserkrankungen
☐ sonstige Erkrankungen: _____

Diabetesanamnese

Seit wann haben Sie Diabetes? _____

Welchen Diabetes-Typ haben Sie?

☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ Sonstige ☐ weiß ich nicht

Welche Beschwerden hatten Sie bei der Feststellung des Diabetes?

- ☐ keine Beschwerden ☐ häufiges Wasserlassen ☐ unerklärliche Gewichtsabnahme
☐ Sehstörungen ☐ vermehrter Durst ☐ sonstige Beschwerden _____

Haben Sie **jetzt** Beschwerden durch Ihren Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein

Wie wird Ihr Diabetes behandelt?

☐ bisher gar nicht ☐ durch Ernährungsumstellung ☐ mit Diabetes-Tabletten ☐ mit Insulin

Führen Sie Blutzucker-Selbstkontrollen durch? ☐ Ja ☐ Nein

Mit welchem Gerät messen Sie Ihren Blutzucker? _____

Benutzen/Kennen Sie einen Glucosesensr (Freestyle Libre / Dexcom)? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker? ☐ gar nicht ☐ gelegentlich

____x pro Tag, _____x pro Woche

Haben Sie Unterzuckerungen? ☐ Ja ☐ Nein

Gab es bereits eine Unterzuckerung mit der Notwendigkeit der Fremdhilfe? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie einen Gesundheitspass Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und wo war die Schulung? _____

Nehmen Sie am DMP-Programm der Krankenkasse für Menschen mit Diabetes teil?

☐ Ja ☐ Nein

Folgeerkrankungen

Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- ☐ Nerven (diabetische Polyneuropathie)
- ☐ Augen (diabetische Retinopathie)
- ☐ Sexualfunktionsstörungen/Erektionsschwierigkeiten
- ☐ Nieren (diabetische Nephropathie)
- ☐ Wunden an den Füßen

Wann war die letzte Augenuntersuchung wegen Diabetes? _____

Ergebnis: ☐ unauffällig ☐ diabetesbedingte Veränderungen

Wann war die letzte Zahnkontrolle? _____

Andere Erkrankungen

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten:

- ☐ Bluthochdruck ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ Koronare Herzerkrankung
- ☐ Schlaganfall ☐ Nierenerkrankungen ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Durchblutungsstörung der Beine ☐ Darmerkrankungen
- ☐ Schlafapnoe (Maskenbeatmung ☐ Ja ☐ Nein)
- ☐ Depression
- ☐ sonstige Erkrankungen: _____

Waren Sie in den letzten Jahren stationär im Krankenhaus in Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, wegen _____

Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankungen? _____

Spritzen Sie Insulin? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welches: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

[illegible]

Mit welchen Wünschen/Fragen kommen Sie zu uns?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer Wunde.

Seit wann besteht die aktuelle Wunde? _____

Wie ist die Wunde entstanden? _____

Wer hat die Wunde bisher behandelt? _____

Wurde eine antibiotische Behandlung durchgeführt? ☐ Ja, welches Medikament? _____

☐ Nein

Welche Verbandsmaterialien werden genutzt? _____

Hatten Sie früher schon eine Fuß-Wunde gehabt? ☐ Ja, wann _____

☐ Nein

Ist eine Nervenstörung (Polyneuropathie) bekannt? ☐ Ja

☐ Nein

Wurde bereits die Durchblutung der Beine untersucht? ☐ Ja

☐ Nein

Ist eine Durchblutungsstörung (pAVK) bekannt? ☐ Ja, bitte Befunde mitbringen

☐ Nein

Sind Stents / Bypässe in den Beinen vorhanden? ☐ Ja, bitte Befunde mitbringen

☐ Nein

Wurden schon Operationen / Amputationen an den Füßen durchgeführt? ☐ Nein

☐ Ja, bitte Befunde mitbringen

Haben Sie spezielle Schuhe / Einlagen? _____

Wer macht bei Ihnen die Fußpflege? ☐ ich selbst

☐ Podologin/e

☐ Angehörige

☐ Fußpfleger/in

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Anna Weisrock/Dr. med. Sylvia Rosset

Wilhelm-Holzamer-Weg 1, 55268 Nieder-Olm

Tel.: 06136 95 34 070; Fax: 06136 95 34 071; E-Mail praxis@dsp-nieder-olm.de

WHO Wellbeing Five

(Datum Name/Vorname)

Lebensqualität

Sehr geehrte/r Patient/in,

bitte umkreisen Sie die Zahl, die auf Sie persönlich in den letzten 2 Wochen zutrifft.

Vielen Dank

Ihr Praxisteam

Während der letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	mehr als die Hälfte der Zeit	weniger als die Hälfte der Zeit	manchmal	zu keiner Zeit
...fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt	5	4	3	2	1	0
...fühlte ich mich ruhig und entspannt	5	4	3	2	1	0
...fühlte ich mich aktiv und vital	5	4	3	2	1	0
...fühlte ich mich bei Aufwachen frisch und ausgeruht	5	4	3	2	1	0
...erlebte ich täglich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

**Einverständniserklärung des Patienten zur
Übermittlung von Behandlungsdaten und
Befunden lt. § 73 Abs. 1b SGB V**

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis

- zur Übermittlung meiner Befunde (z. B.: Laborwerte) per E-Mail an folgende
E-Mailadresse:
- zur elektronischen Verarbeitung und Speicherung meiner Daten in der Praxissoftware
- zur Einholung von Befunden und Berichten bei meinem Hausarzt, bei Fachärzten, Kliniken oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin.
- zur Weitergabe von Befunden und Berichten an andere Behandler wie Hausarzt, Fachärzte, Kliniken oder andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin.
- zur Weitergabe meiner Daten bei Anfragen der Krankenkasse, MDK und Rentenversicherungsträger.
- zur Speicherung der Fotodokumentation in der Fußambulanz und Weitergabe an die Arbeitsgemeinschaft Fuß in der ADE (Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie) Rheinland-Pfalz/Saarland zum Zwecke der Qualitätssicherung und Fortbildung
- zur Speicherung eines Fotos für unser elektronisches Karteikartendeckblatt zur besseren Wiedererkennung von Patienten
- zur Weitergabe meiner Daten an das Labor zur Durchführung der Laboruntersuchungen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)