

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Informationen – bitte füllen Sie hierzu die beigegefügtten 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**

## 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](mailto: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              |

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer **intensivierten Insulin-Therapie**.

Welche Insuline spritzen Sie? \_\_\_\_\_

Welche Nadeln benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Insulindosisanpassungs-Faktoren:

BE/KE-Faktoren:

morgens \_\_\_\_\_, mittags \_\_\_\_\_, abends \_\_\_\_\_, nachts \_\_\_\_\_

Korrektur-Faktor:

morgens \_\_\_\_\_, mittags \_\_\_\_\_, abends \_\_\_\_\_, nachts \_\_\_\_\_

Ziel-Blutzuckerwert: Tag \_\_\_\_\_ Nacht \_\_\_\_\_

Harnacetonkontrolle? ☐ Ja, wann \_\_\_\_\_

☐ Nein

Wann haben Sie zuletzt an einer Schulung für Menschen mit Diabetes Typ 1 teilgenommen?

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

☐ Noch nie

Wie häufig haben Sie Unterzuckerungen? \_\_\_\_\_

Bei welchem Zuckerwert merken Sie die Unterzuckerung? \_\_\_\_\_

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

☐ Ja

Kennen Sie Glucagon-Spritzen / Baqsimi-Spray? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie diese bereits einmal verwendet? ☐ Ja ☐ Nein

Tel.: 06136 95 34 070; Fax: 06136 95 34 071; E-Mail [praxis@dsp-nieder-olm.de](mailto:praxis@dsp-nieder-olm.de)

bitte beantworten Sie uns einige Fragen zu Ihrer **Insulinpumpen**-Therapie.

---

Welchen Sensor benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Wenn ja, mit welchem? \_\_\_\_\_

Welche Katheter werden verwendet?

Nadellänge? \_\_\_\_\_ Schlauchlänge? \_\_\_\_\_

Name des Insulins:

[illegible]

Nutzen Sie unterschiedliche Basalraten? ☐ Ja ☐ Nein

Nutzen Sie unterschiedliche Bolusformen? ☐ Ja ☐ Nein

Wie ist Ihre Insulinersatzdosis bei einem Pumpenausfall? \_\_\_\_\_

Harnaceton-Kontrolle? ☐ Ja, wann \_\_\_\_\_ ☐ Nein

Wann haben Sie zuletzt an einer Schulung für Menschen mit Diabetes Typ 1 und Insulinpumpen-Therapie teilgenommen?

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ ☐ Noch nie

Wie häufig haben Sie Unterzuckerungen? \_\_\_\_\_

Bei welchem Zuckerwert merken Sie die Unterzuckerung? \_\_\_\_\_

Gab es bereits eine Unterzuckerung mit der Notwendigkeit der Fremdhilfe?

☐ Ja ☐ Nein

Kennen Sie Glucagon-Spritzen / Baqsimi-Spray? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie diese bereits verwendet? ☐ Ja ☐ Nein

**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)