

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

Sehr geehrte Patientin,

damit wir Sie optimal betreuen können, benötigen wir einige Informationen. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.

Vorname: _____	Nachname: _____
Geb.-Datum: _____	
Telefon: _____	Handy: _____
Gynäkologe/-in: _____	Hausarzt/-ärztin: _____

1. Wann / in wievielter Schwangerschaft hatten Sie den Schwangerschaftsdiabetes?

2. Wie wurden Sie behandelt?

- ☐ Umstellung der Ernährung
- ☐ Langzeitinsulin
- ☐ Insulin zu den Mahlzeiten

3. Wann / in welcher Schwangerschaftswoche (SSW) wurde(n) ihr(e) Kind(er) geboren?

_____ Jahr / _____ SSW; _____ Jahr / _____ SSW;

_____ Jahr / _____ SSW); _____ Jahr / _____ SSW

4. Wie war das Geburtsgewicht?

5. Gab es diabetesbedingte Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

- ☐ nein ☐ ja

wenn ja, welche? _____

6. Waren Sie zu einer diabetologischen Nachuntersuchung nach dem Schwangerschaftsdiabetes?

☐ ja, wenn ja bei wem? _____

☐ nein

7. Wie war der Befund? _____

8. Ihre Körpergröße: _____ cm Ihr Körpergewicht: _____ kg

9. Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen (z.B. erhöhter Blutdruck, Asthma, Unterfunktion der Schilddrüse) bekannt ? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Wenn ja, welche ?

Medikament/ Dosierung	morgens	mittags	abends

11. Ist bei Ihren Verwandten Diabetes mellitus bekannt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, bei wem? _____

12. Was machen Sie beruflich? _____

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

**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 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)