

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: _____	Handy: _____
Telefon: _____	Hausarzt/-ärztin: _____
Gynäkologe/-in: _____	_____

1. In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) befinden Sie sich aktuell? _____

2. Ist die bisherige Schwangerschaft komplikationslos verlaufen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Nein, welche Probleme gab es? _____

3. Waren Sie schon schwanger? ☐ Ja, _____ mal ☐ Nein (weiter mit Frage 8)

4. Haben Sie bereits Kinder? ☐ Ja, _____ Kind(er) ☐ Nein

5. Wie war das Geburtsgewicht Ihrer Kinder; in welcher Schwangerschaftswoche und Jahr haben Sie entbunden?

_____ g (_____ SSW/_____ Jahr); _____ g (_____ SSW/_____ Jahr)

_____ g (_____ SSW/_____ Jahr); _____ g (_____ SSW/_____ Jahr)

6. Gab es in den vorherigen Schwangerschaften Besonderheiten? ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, welche? _____

7. Hatten Sie Fehlgeburten? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja wann und in welcher SSW? _____

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

Ihr Körpergewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg

9. Kennen Sie Ihr eigenes Geburtsgewicht? ☐ Ja, _____ g ☐ Nein

10. Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, ca. _____ Zigaretten pro Tag ☐ Ex-Raucherin

11. Wurde bei Ihnen in der jetzigen Schwangerschaft ein Zuckerbelastungstest durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

12. Waren Sie bei diesem Test nüchtern? ☐ Ja ☐ Nein

13. Wurde das Blut aus der Fingerkuppe oder der Armvene entnommen? _____

14. Haben Sie während des gesamten Testes gegessen? _____

15. Kennen Sie das Ergebnis des Testes? ☐ Nein ☐ Ja

Blutzuckerwert nüchtern: _____ Blutzucker nach 1 Std.: _____

Blutzucker nach 2. Std.: _____

16. Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen (z.B. erhöhter Blutdruck, Asthma, Unterfunktion der Schilddrüse) bekannt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn Ja, welche? _____

17. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Medikament/ Dosierung (mg)	morgens	mittags	abends

18. Ist bei Ihren Verwandten Diabetes mellitus bekannt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, bei wem? _____

19. Was machen Sie beruflich? _____

20. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Nahrungsmittel, Medikamente)?

☐ Nein ☐ Ja, _____

Vielen Dank!

Nieder-Olm, den _____

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)