

Diabetologische Schwerpunktpraxis Croissant, Dr. Zapf

Ingolstädter Straße 51, 85276 Pfaffenhofen,

Tel.: 08441/5000, Fax: 08441 496113, E-Mail: praxiscroissantzapf@t-online.de**Diabetes Zwischenanamnese** (für bekannte Patienten)

Liebe Patienten,

wir möchten Sie optimal behandeln. Deshalb bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

Datum:

Name, Vorname: Geb.Datum:

Wie können wir Ihnen helfen?

.....

Jetzige **Beschwerden**: keine**Überzucker**: viel Durst häufiges Wasserlassen nächtliches Wasserlassen Müdigkeit trockener Mund Sehstörungen Sonst.:**Unterzucker**: nein leichter Unterzucker: x pro Woche; Tageszeit: schwerer Unterzucker:**Folgeschäden**: keine Nervenstörungen: Fußprobleme (z.B. Geschwüre, Amputationen): nächtliches Wasserlassen Magen-Darm-Störungen Schwindel beimAufstehen Potenzprobleme Wadenkrämpfe Herzschmerzen Nierenprobleme Herzinfarkt Schlaganfall Luftnot bei Belastung

Letzte Augenuntersuchung: Befund:

Sonst.:

Rauchen Sie? ja (.....Zig./ Tag) nein; früher ja: bis.....Nehmen Sie **alkoholische Getränke** zu sich? nein ja, ca.

bitte wenden

Wie viel **Sport und Bewegung** haben Sie?

.....

Hat sich Ihre **Familien-oder berufliche Situation** geändert? nein

ja,

.....

Haben Sie bei Ihrer Ernährung etwas **verändert**?

.....

Welche **Erkrankungen und Allergien** sind hinzugekommen? Seit wann?

.....

Welche **Medikamente** (auch Insulin) und Präparate nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte nur ausfüllen, wenn Sie keinen Medikamentenplan dabei haben.

<i>Medikament, Stärke</i>	<i>seit</i>	<i>Dosis</i>	<i>vor/zum/nach dem Essen</i>

Bemerkungen:

.....

