

**Diabetologische Schwerpunktpraxis Croissant, Dr. Zapf**

Ingolstädter Straße 51, 85276 Pfaffenhofen,

Tel.: 08441/5000, Fax: 08441 496113, E-Mail: [praxiscroissantzapf@t-online.de](mailto:praxiscroissantzapf@t-online.de)**Aufnahmebogen Diabetes mellitus**

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? .....

.....

**Wann** wurde bei Ihnen Diabetes mellitus festgestellt? ..... Typ? .....Hatten Sie damals **Beschwerden**?  neinja,  viel Durst  häufiges Wasserlassen  nächtliches Wasserlassen Müdigkeit  trockener Mund  Sehstörungen  Gewichtsabnahme (- ..... kg)

Sonst.: .....

Ihre **Größe** ..... cm; ihr **Gewicht** ..... kgHaben Sie bereits einen **Diabeteskurs** besucht? ja; Jahr: ..... wo? .....  neinHat jemand in Ihrer **Familie** Diabetes (welcher Typ?), Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankungen oder Schlaganfall? Wer?

.....

.....

**Rauchen** Sie?  ja (..... Zig./ Tag)  nein;  früher ja: bis .....Nehmen Sie **alkoholische Getränke** zu sich?  nein ja, ca. ....Besitzen Sie ein **Blutzuckermessgerät**? Welches? .....Jetzige **Beschwerden**:  keine**Überzucker**:  viel Durst  häufiges Wasserlassen  nächtliches Wasserlassen Müdigkeit  trockener Mund  Sehstörungen Sonst.: .....

bitte wenden

**Unterzucker:**  nein

leichter Unterzucker: .....x pro Woche; Tageszeit: .....

schwerer Unterzucker: .....

**Folgeschäden:**  keine

Nervenstörungen: .....

Fußprobleme (z.B. Geschwüre, Amputationen): .....

nächtliches Wasserlassen  Magen-Darm-Störungen  Schwindel beim  
Aufstehen  Potenzprobleme  Wadenkrämpfe  Herzschmerzen

Nierenprobleme  Herzinfarkt  Schlaganfall  Luftnot bei Belastung

Letzte Augenuntersuchung: ..... Befund: .....

Sonst.: .....

Welche **Erkrankungen und Allergien** sind bei Ihnen bekannt? Seit wann?

.....

.....

.....

.....

Welche **Medikamente** (auch Insulin) und Präparate nehmen Sie regelmäßig ein?

<i>Medikament</i>	<i>Dosis</i>	<i>seit wann?</i>	<i>früh-mittag-abend-spät</i>

Ihr **Familienstand?**  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Mit wem leben Sie zusammen in einem **Haushalt?** .....

.....

Was machen Sie **beruflich?** .....

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

.....

**Bemerkungen:** .....

.....

.....