

Aufnahmebogen für Patient(inn)en mit Diabetes mellitus

Aufnahmedatum: _____ Geb.: _____

Name: _____ Geschlecht: m w

Anschrift: _____ Telefon: _____

e-mail: _____ Fax: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Seit wann ist bei Ihnen **Diabetes mellitus** (Zuckerkrankheit) bekannt? _____

Sind Sie im Behandlungsprogramm der Krankenkasse für Menschen mit Diabetes mellitus (**DMP**) aufgenommen? ja nein

Nehmen Sie **Zuckertabletten** ein? ja nein

Wenn ja, welche, welche Dosis und wie viele täglich?

Spritzen Sie **Insulin**? ja nein wenn ja, seit wann? _____

Insulinnamen und Dosis: _____

Haben Sie **viel Durst** oder müssen Sie häufig **zur Toilette**?

Haben Sie ungewollt Gewicht **ab-** oder **zu genommen** ?

Wenn ja, wie viel und in welchem Zeitraum?

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten **Unterzuckerungen**, bei denen Sie sich nicht mehr selbst helfen konnten?

ja; wie viele? _____ nein

Ist in Ihrer **Familie** bereits Diabetes mellitus bekannt? ja nein
Wenn ja: **Mutter** **Vater** **Geschwister** **Großeltern**

Besitzen Sie einen **Diabetespass**? ja nein

Wann waren Sie zuletzt beim **Augenarzt**? _____
Sind Ihre Augen schon einmal gelasert worden? ja nein

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, **wie viele** täglich? _____

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke? _____ **x/Tag/Woche/Monat**

Haben/hatten Sie folgende
Krankheiten/Ereignisse?

- Bluthochdruck
- Erkrankungen am Herzen/an den Gefäßen
- Erhöhte Blutfette/erhöhtes Cholesterin
- Angina pectoris / Herzinfarkt
- Bypass-OP/ Stent-Einlage
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen in den Beinen
- Nierenerkrankung
- Nervenerkrankung

Welche **weiteren Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alle Angaben sind freiwillig. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!