



**DIABETOLOGIE  
INNERE MEDIZIN**  
IN DER GOETHESTRABE

Dr. med. Jan Gewaltig  
Goethestraße 1  
47441 Moers

Tel. 02841 - 25688  
Fax 02841 - 178423

info@diabetes-moers.de  
diabetesberatung@diabetes-moers.de  
www.diabetes-moers.de

## Aufnahmebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht      m      w      d

Geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Gewicht                      \_\_\_\_\_ kg

Größe                              \_\_\_\_\_ cm

Aktueller Hausarzt/ Hausärztin \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?

Seit wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie im Behandlungsprogramm der Krankenkasse für Menschen mit Diabetes mellitus (DMP) aufgenommen?      Ja                      Nein

Welche Medikamente/ Insulin nehmen Sie ein? Name? Dosierung?

Welches Blutzuckermessgerät/ Insulinpumpe benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie viel Durst? \_\_\_\_\_ Müssen Sie häufig zur Toilette? \_\_\_\_\_

Haben Sie Gewicht abgenommen? \_\_\_\_\_ Oder zugenommen? \_\_\_\_\_

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? Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Ist in Ihrer Familie bereits Diabetes mellitus bekannt?     ja       nein

Wenn ja:     Mutter       Vater       Geschwister       Großeltern

**Bitte wenden**

Ihre Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Rentner/Ruhestand \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie und wie viel täglich? \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke? \_\_\_\_\_

Haben/hatten Sie folgende Krankheiten/Ereignisse?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris    | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                         |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt        | <input type="checkbox"/> Erkrankungen am Herzen/an den Gefäßen |
| <input type="checkbox"/> Bypass-OP          | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette/erhöhte Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Stent-Einlage      | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung in den Beinen    |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche       | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                    |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                          |

Weitere Erkrankungen?

---

---

---

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

---

Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Daten an ärztliche Kollegen und Kolleginnen einverstanden. Bei gewünschten E-Mail-Kontakt bin ich mir bewusst, dass der Inhalt durch Cyber-Kriminalität missbraucht werden kann. Ich bin damit einverstanden eine Recall-SMS zu erhalten. Widerruf jederzeit möglich!

Moers, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_