

Patientenbogen

Neuaufnahme

Diabetes

Praxis Brenner
Hausärztliche Versorgung

Hauptstraße 100 | 66583 Spiesen-Elversberg
Diabetes-Tel **06821 919 6699**
diabetes@brenner-praxis.de | brenner-praxis.de



Nachname	Überweisender Arzt	
Vorname	Geburtsdatum	Körpergewicht/Größe
Geschlecht	Beruf	Wechselschicht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Telefon	Email	

Seit wann haben Sie Diabetes? _____ Typ 1 Typ 2 weiß nicht

Hat einer Ihrer engsten Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) Diabetes?

Ja Nein weiß nicht Wenn ja, wer? _____

Nehmen oder nahmen Sie blutzuckersenkende Tabletten?

Ja Nein Seit wann? _____ aktuell nicht mehr

Spritzen Sie Insulin?

Ja Nein Seit wann? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

Am _____ bei Dr. _____

Wurde bei Ihnen wegen Diabetesveränderungen eine Lasertherapie am Augen / an den Augen durchgeführt?

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Am _____ bei Dr. _____

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bemerken Sie Anzeichen der Unterzuckerung? Ja Nein Wenn ja, ab welchem Wert? _____

Haben Sie nachts Gefühlsstörungen oder Schmerzen in den Füßen? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen in den Beinen beim Laufen, v. a. am Berg? Ja Nein

Waren Sie in den letzten Monaten so krank, dass Sie Ihre Arbeit (auch Hausarbeit) nicht verrichten konnten? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus? Ja Nein

Falls ja, weswegen? _____

Wann hat Ihr Hausarzt zuletzt Blut aus dem Arm entnommen?

Kennen Sie Ihre Laborwerte?

HBA1C _____ LDL (Fettwert) _____ GFR (Nierenwert) _____

Wie messen Sie Ihren Blutzucker? blutig Sensor gar nicht

Was sind Ihre akutellen Beschwerden?

Vermehrtes Durstgefühl Ja Nein Müdigkeit/Abgeschlagenheit Ja Nein
 Vermehrtes Wasserlassen Ja Nein Hauterkrankungen, die nicht heilen Ja Nein
 Gewichtsveränderung Keine Zunahme Abnahme
 _____ Kg in _____ Monaten _____ Kg in _____ Monaten

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Rauchen Sie? Ja Nein Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____
 Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Was, wie oft und wie viel? _____

 Wie ist Ihr Essverhalten? regelmäßig (morgens/mittags/abends) unregelmäßig

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bluthochdruck Ja Nein nicht bekannt Durchblutungsstörungen Ja Nein nicht bekannt
 der Beine
 Herzkrankheit Ja Nein nicht bekannt
 (KHK, Herzschwäche) Fettstoffwechselstörung Ja Nein nicht bekannt
 Nierenfunktionsstörungen/ Ja Nein nicht bekannt
 Nierenschädigung Schilddrüsenerkrankung Ja Nein nicht bekannt
 Schlaganfall Ja Nein nicht bekannt

Haben Sie schon an einer Diabetesschulung teilgenommen?

Treiben Sie Sport oder bewegen sich aktiv?

Ja Nein Wenn ja, wann? _____ täglich selten nie

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, nennen Sie uns das Präparat und die Dosis.	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
Präparat				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Sie gewissenhaft zu betreuen.

Bei minderjährigen Patienten: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

_____ Datum _____ Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vormund

Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

_____ Datum _____ Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter