



Diabetesschwerpunkt Fragebogen Diabetes

Datum: _____

Persönliche Daten & Allgemeines

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

mailadresse _____

Familienstand _____

Beruf _____

Schichtdienst ☐ nein ☐ ja ☐ 2-Schicht ☐ 3-Schicht

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

BMI _____ kg/qm

Rauchen ☐ nein ☐ ja, wieviel _____

Alkohol ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Sport ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Welche Sportart? _____

Hausarzt _____

Einschreibung DMP Diabetes Typ 1 ☐ ja ☐ nein

Einschreibung DMP Diabetes Typ 2 ☐ ja ☐ nein

Diabetesschwerpunkt Fragebogen Diabetes

Diabetesvorgeschichte

Typ	☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ andere
Diagnosejahr	_____
Letzter HbA1c	_____ %
Selbstmessung / CGM	☐ BZ ☐ CGM ☐ FGM
Zeit im Zielbereich (TIR)	_____ %
Schulung (DMP ohne Insulin)	☐ nein ☐ ja, wann? _____
Schulung (DMP mit Insulin)	☐ nein ☐ ja, wann? _____
Schulung (DMP Hypertonie)	☐ nein ☐ ja, wann? _____
Ernährungsberatung	☐ nein ☐ ja, wann? _____
Letzte Vorstellung beim Augenarzt	wann? _____
Herz-Kreislauferkrankungen	☐ ja ☐ nein
Schlaganfall	☐ ja ☐ nein
Letzte Vorstellung beim Kardiologen	wann? _____
Zahnfleisch/Parodontose	☐ ja ☐ nein
Letzte Vorstellung beim Zahnarzt	wann? _____
Krankenhausaufenthalte	☐ nein ☐ ja, wann? _____
In welchem Krankenhaus?	_____

Diabetesschwerpunkt Fragebogen Diabetes

Familienvorgeschichte

- | | |
|--|---|
| Diabetes (Eltern) | ☐ ja ☐ nein |
| Diabetes (Geschwister) | ☐ ja ☐ nein |
| Herz-Kreislauferkrankungen
(Eltern/Geschwister) | ☐ ja ☐ nein |
| Hypertonie (Eltern/Geschwister) | ☐ ja ☐ nein |
| Sonstige | _____ |

Ernährungsvorgeschichte

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Regelmäßige Mahlzeiten | ☐ ja ☐ nein |
| Anzahl Mahlzeiten/Tag | _____, wann Hauptmahlzeit? _____ |
| Zwischenmahlzeiten | ☐ ja ☐ nein |
| Kohlenhydratzählung (BE/KE) | ☐ ja ☐ nein |
| Ernährungsform | ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan
☐ Low Carb ☐ andere Formen |
| Süßigkeiten / zuckerhaltige Getränke | ☐ selten ☐ regelmäßig ☐ täglich |
| Essverhalten | ☐ kontrolliert ☐ unregelmäßig
☐ Heißhunger |
| Gewichtsverlauf | ☐ stabil ☐ Zunahme ☐ Abnahme |
| Besondere Diät / Probleme | _____ |

Diabetesschwerpunkt Fragebogen Diabetes

Bisherige Behandlung

Tabletten

☐ ja ☐ nein

Insulin

☐ ja ☐ nein

Bitte unbedingt Medikamentenplan mitbringen!

Begleit-/Folgeerkrankungen

- der Augen ☐ nein ☐ ja, welche _____

- der Nieren ☐ nein ☐ ja, welche _____

- der Nerven ☐ nein ☐ ja, welche _____

- der Durchblutung ☐ nein ☐ ja, welche _____

- des Herzens ☐ nein ☐ ja, welche _____

- der Füße ☐ nein ☐ ja, welche _____

Diabetesschwerpunkt Fragebogen Diabetes

Aktuelle Symptome

Aktuelle Beschwerden

Schmerzen beim Gehen

☐ ja ☐ nein

Kribbeln/Taubheit in Füßen

☐ ja ☐ nein

schlecht heilende Wunden

☐ ja ☐ nein

gehäuft Harnwegsinfekte

☐ ja ☐ nein

Nur für insulinpflichtige Diabetiker!

Insulin

☐ BOT ☐ ICT

☐ Pumpe, welche _____

Kohlenhydratfaktor / Korrekturfaktor

☐ ja ☐ nein

Ketoazidose in der Vorgeschichte

☐ ja ☐ nein

Unterzuckerungen (Hypoglykämien)

Häufigkeit

☐ keine ☐ <1/Mon ☐ <1/Woche ☐ <1/Tag

Schwere Hypoglykämie (Fremdhilfe)

☐ ja ☐ nein (letzte 12 Monate)

Hypoglykämiewahrnehmung

☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ aufgehoben

Schwellenwert Symptome

_____ mg/dl

Nächtliche Hypoglykämien

☐ ja ☐ nein

Angst vor Hypoglykämien

☐ ja ☐ nein