



Medizinisches Zentrum im Spreebogen
Fachärztliche und Hausärztliche
Versorgung
Kardiologie-Angiologie
Diabetologie-Allgemeinmedizin

Alt Moabit 101b 10559 Berlin (Tiergarten) Tel 030 3922028, Fax 030 3917019

Persönliche Daten

Vorname _____
 Geburtsdatum _____

Nachname: _____
 Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Welchen Typ Diabetes haben Sie? Typ I Typ II Sonstige _____
 Nehmen Sie am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes (DMP) teil? Ja Nein
 Wenn ja, bei wem sind Sie eingeschrieben? _____
 Wann war Ihr letzter Augenarzttermin? _____
 Seit wann haben Sie Diabetes? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Unter welchen **Folgeerkrankungen** des **Diabetes mellitus** leiden Sie:

Diabetischer Fuß: Diabetischer Nierenschaden:
 Diabetische Retinopathie: Arterielle Verschlusskrankheit:
 Koronare Herzkrankheit: Sonstige: _____

Insulin

Sind Sie insulinpflichtig? Ja seit wann? _____ Nein

Haben Sie Korrekturfaktoren? Ja Nein wenn ja, welche? _____
 Wie ist Ihr Blutzucker – Zielbereich? _____ mg/dl oder mmol/l

Unterzuckerungen

Wie häufig treten Unterzuckerungen auf? _____ pro Woche _____ pro Monat
 Hatten Sie schon einmal eine schwere Unterzuckerung, bei der Sie auf Hilfe angewiesen waren?
 Ja wenn ja, wie häufig? _____ wann zuletzt _____ Nein
 Bei welchem Blutzuckerwert bemerken Sie eine Unterzuckerung? _____ mg/dl oder mmol/l

Schulungen

Haben Sie schon mal an einer Diabetesschulung teilgenommen? Ja Nein
 Wenn ja, wann zuletzt? _____ Wo fand die Schulung statt? _____

Weitere Erkrankungen

Herzkrankungen

Koronare Herzkrankheit Herzinfarkt Herzschwäche
 Vorhofflimmern Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher
 erhöhter Blutdruck Herzklappenersatz



Medizinisches Zentrum im Spreebogen
Fachärztliche und Hausärztliche
Versorgung
Kardiologie-Angiologie
Diabetologie-Allgemeinmedizin

Alt Moabit 101b 10559 Berlin (Tiergarten) Tel 030 3922028, Fax 030 3917019

Lungenerkrankungen

Asthma bronchiale Chronische Bronchitis Sonstige _____

Schilddrüsenerkrankungen

Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion
Morbus Hashimoto Morbus Basedow
Zustand nach Schilddrüsen OP Zustand nach Radiojod-Therapie

Autoimmunerkrankungen/ Rheumatologische Gelenkerkrankung

Chronische Polyarthrit Psoriasis Arthritis Morbus Bechterew

Magen – Darm – Erkrankung

Morbus Crohn Colitis ulcerosa Darmkrebs
Darmpolypen Magengeschwüre/Gastritis Refluxkrankheit/Sodbrennen
Nahrungsmittelintoleranzen, welche? _____

Fettstoffwechselerkrankungen/ Gicht

hohes Cholesterin/ Blutfette hohe Harnsäurewerte (Gicht)

Leber-, Gallenerkrankung

Leberwerterhöhung Fettleber Leberzirrhose Gallensteine
Hepatitis A/B/C _____

Nierenerkrankung

Niereninsuffizienz Nierensteine Polyzystische Nierenerkrankung
Häufige Harnwegsinfekte Harninkontinenz

Neurologische/ Psychiatrische Erkrankungen

Krebserkrankungen (auch ausgeheilte)

Welche und wann? _____

Sonstige Erkrankungen:

Bluterkrankungen _____

Infektionskrankheiten z.B. HIV, TBC _____

Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen

Welche: _____

Sind sie Autofahrer? Ja Nein
Rauchen Sie? Ja Nein wenn ja, wie viel : _____ pro Tag
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein wenn ja, wie viel : _____ pro Tag
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? Ja Nein
Wenn Ja, was und seit wann: _____

Wir bedanken uns im Namen der Praxis für Ihre Angaben
Ihr Praxisteam der Diabetologie im Spreebogen