

Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Zapf

Ingolstädter Straße 51, 85276 Pfaffenhofen,

Tel.: 08441/5000, Fax: 08441 496113, E-Mail: praxiscroissantzapf@t-online.de

Wiedervorstellungsbogen Diabetes (für bekannte Patienten)

Seite 1

Liebe Patienten,

wir möchten Sie optimal behandeln. Deshalb bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

Datum:

Name, Vorname: Geb.Datum:

Wie können wir Ihnen helfen?

.....

Jetzige **Beschwerden**: keine

Überzucker: viel Durst häufiges Wasserlassen nächtliches Wasserlassen

Müdigkeit trockener Mund Sehstörungen

Sonst.:

Unterzucker: nein

leichter Unterzucker: x pro Woche; Tageszeit:

schwerer Unterzucker:

Folgeschäden: keine

Nervenstörungen:

Fußprobleme (z.B. Geschwüre, Amputationen):

nächtliches Wasserlassen Magen-Darm-Störungen Schwindel beim

Aufstehen Potenzprobleme Wadenkrämpfe Herzschmerzen

Nierenprobleme Herzinfarkt Schlaganfall Luftnot bei Belastung

Letzte Augenuntersuchung: Befund:

Sonst.:

Rauchen Sie? ja (.....Zig./ Tag) nein; früher ja: bis.....

Nehmen Sie **alkoholische Getränke** zu sich? nein

ja, ca.....

Wie viel **Sport und Bewegung** haben Sie?

.....

Ihr **Familienstand**? ledig verheiratet geschieden verwitwet
 Mit wem leben Sie zusammen in einem **Haushalt**?

.....

Was machen Sie **beruflich**?

.....

Worauf achten Sie bei ihrer **Ernährung**?

.....

Welche **Erkrankungen und Allergien** sind zwischenzeitlich hinzugekommen?
 Seit wann?

.....

Welche **Medikamente** und Präparate nehmen Sie regelmäßig ein?

<i>Medikament</i>	<i>Dosis</i>	<i>seit wann?</i>	<i>früh-mittag-abend-spät</i>

Bemerkungen:

.....

