



Ist eines der folgenden Ereignisse in den letzten 12 Monaten vorgekommen?

- Behandlung durch den Notarzt wegen Diabetes? Wann:  
 Aufenthalt in einem Krankenhaus wegen Diabetes? Wann:

Leiden Sie an einer der folgenden Begleit- und Folgeerkrankung? Falls zutreffend, bitte Diagnosejahr angeben!

<input type="checkbox"/> Es sind keine weiteren Erkrankungen bekannt	<input type="checkbox"/> diab. Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> diab. Nervenschädigungen
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ KHK	<input type="checkbox"/> Potenzstörungen/sexuelle Probleme
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Beine)	<input type="checkbox"/> diab. Augenschädigung
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> diab. Fußgeschwür
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure (Gicht)	<input type="checkbox"/> Unterzuckerungen (Wie oft?)
<input type="checkbox"/> sonstige Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige

<b>Mein letzter Krankenhaus- Aufenthalt</b>	<b>Mein letzter Augenarztbesuch</b>
war: _____ wegen: _____	war: _____ wegen: _____
<b>Ich hatte bisher eine Fußuntersuchung</b>	<b>Mein Urin wurde bereits auf Eiweiß untersucht (Micraltest)</b>
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Auffälligkeiten?
Das letzte EKG war:	Besitzen Sie einen Gesundheitspass?
Das letzte Labor war:	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe?	Hatten Sie bereits eine Raucherentwöhnung?
<input type="checkbox"/> Ja, in: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein

<b>Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?</b>	<b>Haben Sie bereits an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen?</b>
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie Interesse daran?	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie Interesse daran?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Messen Sie Ihren Blutzucker selbst?</b>	<b>Besitzen Sie ein Blutzucker-Tagebuch?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät Gerät: Kontrolle des Harnzuckers: <input type="checkbox"/> Ja, _____ x pro Tag <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ ausgestellt durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wird von der Mitarbeiterin im Labor ausgefüllt!!

Größe: _____	Gewicht: _____	aktueller BZ: _____ <input type="checkbox"/> nü <input type="checkbox"/> pp
Bauchumfang: _____	Hüftumfang: _____	HbA1c: _____
BMI: _____		Cholesterin: _____ Triglyceride: _____
RR rechts: _____	RR links: _____	HDL: _____ LDL: _____
HF: _____		Kreatinin: _____ Harnsäure: _____