



Praxis Koblenzer Strasse

Diabetologische Schwerpunktpraxis
Koblenzer Strasse 55
57482 Wenden



Bitte füllen Sie diesen Aufnahme-Bogen sehr sorgfältig aus.

Nur wenn wir Ihre Erkrankungen und gesundheitlichen Besonderheiten kennen, können wir Sie optimal behandeln.

Ihre Antworten werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben

Vielen Dank !

Schweigepflicht/Datenschutz:

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Name, Vorname		geb. am		
Überweisender Arzt – ist der Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Mit Bericht einverstanden		
Name	Fachgebiet	Ort	Ja	Nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt (falls abweichend)				
Name	Fachgebiet	Ort	Ja	Nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bevorzugtes Telefon (Festnetz, Mobil):

Diabetes-Typ

- Typ 1 Typ 2 seit Jahren
 (vermuteter) Schwangerschaftsdiabetes

Teilnahme am DMP Diabetes

- nein, noch nicht
 ja, eingeschrieben beim Hausarzt

Erst-Diagnose des Diabetes

- Zufall
 folgende Symptome
- Durst
 - Gewichtsabnahme
 - häufiges Wasser lassen
 - Sehstörungen
 -
- durch einen Zuckerbelastungstest (oGTT)

Gibt es Diabetes in Ihrer Familie?

- nein
 ja, bei [REDACTED]

Sind bei Ihnen Risikofaktoren bekannt:

- Bluthochdruck
 Fettstoffwechselstörungen
 Rauchen Sie?
 Ja, wie viel: [REDACTED] / Tag
 nein, ich bin Nichtraucher

Tragen Sie eine Insulin-Pumpe oder einen Glukose-Sensor (z.B. Libre, Dexcom)?

- nein ja, Fabrikat: [REDACTED]

Welches Blutzuckermessgerät/-system verwenden Sie?

[REDACTED]

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen

- nein
 ja wann: [REDACTED] wo: [REDACTED]

Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt

- nein
 ja

- am Auge; letzte Augenarztuntersuchung: [REDACTED]
 an den Nerven der Füße
 Durchblutungsstörungen in den Beinen
 diabetischer Fuß; Fußwunden: ja nein
 an den Nieren
 Herzinfarkt, wann [REDACTED]
 Schlaganfall, wann [REDACTED]
 [REDACTED]

Bestehen bei Ihnen weitere Erkrankungen:

- Schilddrüse: [REDACTED]
 Lunge: [REDACTED]
 Herz: [REDACTED]
 andere: [REDACTED]

Haben Sie Beschwerden oder besondere Anliegen:

[REDACTED]

Körpergröße (in cm) [REDACTED]**Gewicht (in kg)** [REDACTED]

Bitte bringen Sie einen **aktuellen Medikamentenplan** mit !

Falls Sie Insulin spritzen, bringen Sie auch Ihren **aktuellen Insulinspritzenplan** mit !