

Name: _____ Vorname: _____

Seit wann sind bei Ihnen erhöhte Blutzuckerwerte (Diabetes mellitus) bekannt? _____

Diabetes Typ 1

Diabetes Typ 2

anderer Diabetes Typ _____

Halten Sie eine spezielle Diät ein? ja nein

Wenn ja, wie viele BE und mit welcher Aufteilung:

Nehmen Sie Medikamente gegen zu hohen Blutzucker ein? nein ja Insulintherapie seit? _____

Wenn ja, welche und wann :

Morgens: _____

Mittags: _____

Abends: _____

Spät: _____

Wie oft hatten Sie im letzten Monat eine Unterzuckerung?: _____ / Monat

Wann waren Sie zuletzt zu einer Untersuchung des Augenhintergrundes bei Ihrem Augenarzt? _____

mit welchem Ergebnis?: _____

Besitzen Sie einen Diabetes-Paß? ja nein

Besitzen Sie ein Blutzuckermessgerät? Wenn ja, welches: _____

Wie oft messen Sie täglich den Blutzucker?: _____ pro Tag.

Haben Sie schon einmal an einer Diabetesschulung teilgenommen, wenn ja wo?

Bereiten Ihnen Folgeerkrankungen Probleme?

Augenhintergrund

Bluthochdruck

Nerven

Niere

Füße

Nehmen Sie an einem Disease Management Programm (DMP) teil? ja nein