

# Patientenbogen

## Neuaufnahme

### Diabetes

## Praxis Brenner

Hausärztliche Versorgung  
Diabetologische Schwerpunktpraxis

Hauptstraße 100 | 66583 Spiesen-Elversberg  
Diabetes-Tel **06821 919 6699**  
diabetes@brenner-praxis.de | [brenner-praxis.de](http://brenner-praxis.de)



Nachname	Überweisender Arzt	
Vorname	Geburtsdatum	Körpergewicht/Größe
Geschlecht	Beruf	Wechselschicht Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Telefon	Email	

Seit wann haben Sie Diabetes? \_\_\_\_\_ Typ 1  Typ 2  weiß nicht

Hat einer Ihrer engsten Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) Diabetes?

Ja  Nein  weiß nicht  Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie blutzuckersenkende Tabletten?

Ja  Nein  Seit wann? \_\_\_\_\_ aktuell nicht mehr

Spritzen Sie Insulin?

Ja  Nein  Seit wann? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

Am \_\_\_\_\_ bei Dr. \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen wegen Diabetesveränderungen eine Lasertherapie am Augen / an den Augen durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Am \_\_\_\_\_ bei Dr. \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bemerken Sie Anzeichen der Unterzuckerung? Ja  Nein  Wenn ja, ab welchem Wert? \_\_\_\_\_

Haben Sie nachts Gefühlsstörungen oder Schmerzen in den Füßen? Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen in den Beinen beim Laufen, v. a. am Berg? Ja  Nein

Waren Sie in den letzten Monaten so krank, dass Sie Ihre Arbeit (auch Hausarbeit) nicht verrichten konnten? Ja  Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus? Ja  Nein

Falls ja, weswegen? \_\_\_\_\_

Wann hat Ihr Hausarzt zuletzt Blut aus dem Arm entnommen?

\_\_\_\_\_

Kennen Sie Ihre Laborwerte?

HBA1C \_\_\_\_\_ LDL (Fettwert) \_\_\_\_\_ GFR (Nierenwert) \_\_\_\_\_

Wie messen Sie Ihren Blutzucker? blutig  Sensor  gar nicht

Was sind Ihre akutellen Beschwerden?

Vermehrtes Durstgefühl Ja  Nein  Müdigkeit/Abgeschlagenheit Ja  Nein   
 Vermehrtes Wasserlassen Ja  Nein  Hauterkrankungen, die nicht heilen Ja  Nein   
 Gewichtsveränderung Keine  Zunahme  Abnahme   
 \_\_\_\_\_ Kg in \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_  
 Trinken Sie Alkohol? Ja  Nein  Was, wie oft und wie viel? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Wie ist Ihr Essverhalten? regelmäßig (morgens/mittags/abends)  unregelmäßig

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bluthochdruck Ja  Nein  nicht bekannt  Durchblutungsstörungen Ja  Nein  nicht bekannt   
 Herzkrankheit (KHK, Herzschwäche) Ja  Nein  nicht bekannt  der Beine  
 Nierenfunktionsstörungen/ Nierenschädigung Ja  Nein  nicht bekannt  Fettstoffwechselstörung Ja  Nein  nicht bekannt   
 Schlaganfall Ja  Nein  nicht bekannt  Schilddrüsenerkrankung Ja  Nein  nicht bekannt

Haben Sie schon an einer Diabetesschulung teilgenommen?

Ja  Nein  Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport oder bewegen sich aktiv?

täglich  selten  nie

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, nennen Sie uns das Präparat und die Dosis.	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
Präparat				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Sie gewissenhaft zu betreuen.

**Bei minderjährigen Patienten:** Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vormund

**Datenschutz:** Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter