

Zuckerkrankheit / Diabetes

Name, Vorname Kunde

Geburtsdatum

Wie lautete die Diagnose des Arztes genau?

- Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes insipidus
 Diabetes mellitus Typ 2

Wann wurde diese Diagnose erstmals gestellt?

Wie wird Ihre Zuckerkrankheit behandelt?

Erfolgt bisher eine Behandlung?

- Ja Nein

Diät; Broteinheiten pro Tag:

Tabletten; Name, Dosierung:

Insulin; Einheiten pro Tag:

Benutzen Sie eine Insulinpumpe?

- Ja Nein

Kontrollieren Sie Ihren Blutzucker selbst?

- Ja Nein

Führen Sie ein Blutzuckertagesprofil?

Bitte fügen Sie uns die Kopie eines aktuellen Tagesprofils bei.

- Ja Nein

Wie hat sich Ihr Gewicht in den letzten Jahren verändert?

- Ist stabil geblieben.
 Hat sich erhöht und zwar um _____ kg, in _____ Jahren.
 Hat sich vermindert und zwar um _____ kg, in _____ Jahren.

Ist bei Ihnen ein diabetisches Koma aufgetreten (Ohnmacht wegen Überzuckerung)?

- Ja Nein am: _____

Ist bei Ihnen jemals ein diabetischer Schock aufgetreten?

- Ja Nein am: _____

Haben Sie oder hatten Sie Durchblutungsstörungen, einen Schlaganfall oder Lähmungserscheinungen?

- Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung oder Beschwerden des Herzens oder der Nieren?

- Ja Nein

Wurde bei Ihnen jemals Eiweiss im Urin festgestellt?

- Ja Nein

Haben Sie Bluthochdruck oder wurden bei Ihnen jemals Bluthochdruckwerte gemessen?

- Ja Nein

Geben Sie bitte die zuletzt gemessenen Werte aus den Blutuntersuchungen an.

Gemessener Wert:

Datum:

Blutzucker nüchtern mg/dl:

Blutzucker nach dem Essen (postprandial) mg/dl:

HbA1 g/dl:

HbA1c g/dl: