



Bitte soweit möglich vorm Termin ausfüllen

Name:

Vorname.:

geb:

Größe:

Gewicht:

Diabetessymptome:

vermehrter Durst

vermehrtes Wasserlassen

Gewichtsverlust (wie viel?):

Führen Sie ein Kraftfahrzeug?

PKW

Motorrad ecc.

LKW

Personentransport

<p>Diabetes-Typ:</p> <p>Seit wann?</p>	<p>Liegt Diabetes in der Familie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bei wem?</p>	<p>Aktuelles Problem/Überweisungsgrund:</p> <p><input type="checkbox"/> Hohe Blutzuckerwerte</p> <p><input type="checkbox"/> Unterzuckerungen</p> <p><input type="checkbox"/> Medik.-Unverträglichkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Schulungswunsch</p> <p><input type="checkbox"/> anderer Grund:</p>
<p>Folgekrankheiten durch den Diabetes:</p>	<p><input type="checkbox"/> Augen →</p> <p><input type="checkbox"/> Nieren →</p> <p><input type="checkbox"/> Nerven</p> <p><input type="checkbox"/> diab. Fußsyndrom →</p> <p><input type="checkbox"/> Sexualfunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Herz (Stents, Infarkt, Bypass) →</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall →</p> <p><input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Beine</p>	<p>Letzte Untersuchung:</p> <p><input type="checkbox"/> Dialyse</p> <p><input type="checkbox"/> Amputation</p> <p>Was? Wann?</p> <p>Wann?</p>
<p>Aktuelle Therapie: (oder Med-Plan)</p>	<p>Medikamente:</p>	

