

## Aufnahmebogen Diabetes

### Persönliche Daten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil-Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Seit wann besteht ihr Diabetes? \_\_\_\_\_

Welcher Diabetestyp sind Sie (falls bekannt)?

- ☐ weiß ich nicht    ☐ Typ 2 Diabetes    ☐ Typ 1 Diabetes/LADA  
☐ pankreoopriver Diabetes    ☐ nach Operation der Bauchspeicheldrüse z.B. bei Krebs  
☐ nach Bauchspeicheldrüsenentzündung    ☐ genetischer Diabetes/Mody

Vorheriger Diabetologe \_\_\_\_\_

Wurden bisher Diabetesschulungen durchgeführt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann und welche Inhalte?

---

---

Haben Sie den blauen Diabetespass? ja ☐ nein ☐

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät? ja ☐ nein ☐, wenn ja, wie alt ist es? \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Blutzuckersensor/CGM/Freestyle libre/Dexcom? ja ☐ nein ☐

Letzter HbA1c/Langzeitblutzuckerwert (falls bekannt)? \_\_\_\_\_

C-Peptid/Insulinproduktion bekannt? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen/Lebensstil/Familiäre Vorgeschichte, die im Zusammenhang mit dem Diabetes stehen**

- ☐ Übergewicht   ☐ Bluthochdruck   ☐ Hohe Cholesterinwerte   ☐ Rauchen  
☐ Bewegungsmangel

Hatten Sie oder jemand in Ihrer Familie

- ☐ einen Schlaganfall   ☐ einen Herzinfarkt   ☐ Durchblutungsstörungen in den Beinen (PAVK)?  
☐ eine Nierenerkrankung   ☐ eine Nervenkrankung der Beine (Polyneuropathie)  
☐ Verkalkungen an den Halsarterien   ☐ Augenerkrankung z.B. Diabetische Retinopathie

Welche Vorerkrankungen wurden jetzt noch nicht genannt:

---

---

---

Bei welchen Ärzten sind Sie noch in Behandlung?

---

---

Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

---

---

Diabetesmedikamente, die nicht geholfen haben oder nicht vertragen wurden?

---

---

---

**Wir freuen uns, wenn Sie folgende Fragen vor Ihrem ersten Termin in unserer Praxis beantworten, um Sie etwas besser kennenzulernen**

1. Welche Symptome bestehen zur Zeit bei Ihnen
  - ☐ Ich habe keine Beschwerden
  - ☐ Durst
  - ☐ Gewichtabnahme in den letzten 6 Monaten
  - ☐ häufiges und starkes Wasserlassen
  - ☐ Sehstörungen
  - ☐ Wasserlassen in der Nacht, wie oft: \_\_\_\_\_
  
2. Messen Sie Blutzucker?
  - ☐ nein
  - ☐ selten, wie oft? \_\_\_\_\_
  - ☐ regelmäßig, wie oft? \_\_\_\_\_
  - ☐ Ich führe ein Blutzuckertagebuch
  - ☐ Ich habe einen Sensor, wenn ja, welchen \_\_\_\_\_
  
3. Wie ernähren Sie sich?
  - ☐ ohne Einschränkung
  - ☐ Ich versuche Süßes und Zucker/Kohlenhydrate zu meiden
  - ☐ Ich versuche viel Gemüse und Salat zu essen
  - ☐ Ich versuche Essen mit viel Fett zu meiden
  - ☐ Ich berechne Broteinheiten/KE
  - ☐ Ich achte darauf nicht zu viele Kalorien zu mir zu nehmen
  
4. Was trinken Sie? (Bitte machen Sie eine Angabe zu jedem Getränk)

Getränk	(fast) nie	manchmal	häufig	(fast) täglich
Wasser				
Kaffee/Tee				
Säfte				
Limo/Cola				
Light Getränke				
Bier				
Wein				
Spirituosen				

5. Machen Sie sich Sorgen, weil sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können?
  - ☐ ja ☐ nein
6. Kommt es vor, dass Sie sich übergeben, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?
  - ☐ ja ☐ nein
7. Essen Sie heimlich? ☐ ja ☐ nein
8. Schämen Sie sich für ihr Essverhalten? ☐ ja ☐ nein
9. Würden Sie ihr Essverhalten gerne ändern, schaffen es aber nicht? ☐ ja ☐ nein
10. Ist ihr Gewicht in den letzten 12 Monaten ☐ deutlich fallend ☐ konstant ☐ deutlich steigend

11. In welchem Bereich sind oder waren sie berufstätig?

---

---

12. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ☐ ja ☐ nein Grad der Behinderung\_\_\_\_%

13. Haben Sie einen Pflegegrad ☐ ja ☐ nein Grad \_\_\_\_\_( 1-5)

14. Leben Sie mit anderen Personen im Haushalt? ☐ ja ☐ nein, wenn ja mit

---

**Wenn Sie Insulin spritzen, bitte folgende Fragen noch ausfüllen**

**- Ozempic, Trulicity, Victoza und Mounjaro sind keine Insuline, dann braucht der Bogen nicht ausgefüllt zu werden.**

1. Welches Insulin spritzen Sie? Und seit wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Insulintherapie
  - ☐ Ich spritze nur Langzeitinsulin mit festen Einheiten
  - ☐ Ich spritze auch Mahlzeiteninsulin zu festen Einheiten
  - ☐ Ich habe einen Spritzplan, von dem ich ablese wieviel ich spritze
  - ☐ Ich spritze das Mahlzeiteninsulin nach Gefühl
3. Welche Spritzregion benutzen Sie? ☐ Bauch ☐ Oberschenkel ☐ Oberarm
4. Wechseln Sie ihre Spritzstellen? ☐ ja ☐ nein ☐ nur selten
5. Hatten Sie schon mal eine Ketoazidose (Übersäuerung des Körpers)? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
6. Hatten Sie schon mal eine schwere Unterzuckerung, bei der Sie Fremdhilfe benötigten? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht, wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
7. Fühlen Sie sich sicher, wie sie vorgehen, wenn der Zucker zu niedrig oder zu hoch ist?  
☐ ja ☐ nein ☐ ich bin nicht sicher, ob ich alles weiß
8. Fühlen Sie sich sicher im Berechnen von BE/KE?  
☐ ja ☐ ich brauche es für meine Therapie nicht ☐ ich würde es gerne besser können
9. Nehmen Sie eine Unterzuckerung gut wahr? Kennen Sie die Beschwerden, woran man eine Unterzuckerung erkennt?  
☐ ja ☐ nein ☐ ich würde gerne mehr darüber wissen