



**Medizinisches
Versorgungszentrum**

Kardiologie - Psychokardiologie
Diabetologie
Innere Medizin
Psychotherapie
Stressmedizin - Neuropsychologie

MVZ Wollmarshöhe GmbH

Wollmarshofen 14
88285 Bodnegg
Deutschland

Telefon +49 (0)7520 914 837-0
Telefax +49 (0)7520 914 837-7

info@mvz-wollmarshoehe.de
www.mvz-wollmarshoehe.de

Bürozeiten

Montag – Donnerstag
8.00 – 13.00 Uhr u. 14.00 – 17.00 Uhr
Freitag
8.00 – 13.00 Uhr

Diabetologie: Wir benötigen Informationen für Ihre Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Terminvereinbarung in unserer diabetologischen Praxis. Um Sie bereits bei Ihrer ersten Vorstellung in unserer Praxis kompetent beraten zu können, benötigen wir weitere Informationen.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihre

- **Krankenversichertenkarte**, bzw. Angaben zur Krankenversicherung
- sowie einen **Überweisungsschein** mit.
- Ihr Blutzucker-Messgerät (wenn vorhanden)

Lassen Sie sich bitte von Ihrem Hausarzt/-ärztin

- **vorhandene Laborwerte**,
- **Krankenhausberichte** bzgl. Ihrer Stoffwechsel-Erkrankung und
- einen aktuellen **Medikamentenplan** (bei Insulintherapie auch einen Spritzplan) aushändigen.

Bitte bringen Sie diese Unterlagen sowie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem ersten Termin mit.

Vielen Dank für Ihre Mühe, gerne helfen wir Ihnen bei Fragen weiter. Falls Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir **dringend** um Rückmeldung bzw. Absage des Termins.

Ihr Praxisteam
MVZ Wollmarshöhe

Träger

MVZ Wollmarshöhe GmbH
Amtsgericht Ulm
HRB 73 8355
BSNR 623 208 500
Sitz: 88285 Bodnegg,
Wollmarshofen 14
Geschäftsführer:
Dr. med. Kilian W. Mehl

Bankverbindung

VR Bank Ravensburg-Weingarten
IBAN DE87 6506 2577 0040 5230 04
BIC GENODES1RRV



Fragebogen DIABETOLOGIE

Bitte ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mitbringen! Vielen Dank.

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

E-Mail: _____ Tel. _____

Ist bereits ein Diabetes bei Ihnen bekannt?

Nein

Ja

Diabetes mellitus Typ 1, seit _____

Diabetes mellitus Typ 2, seit _____

Andere Diabetesformen, seit _____

Therapieform:

Tabletten / welche: _____ Pumpe / welche: _____

Insulin / welches: _____ Sensor / welcher: _____

Blutzuckermessgerät und Teststreifen

Sind **nicht** vorhanden.

Sind vorhanden. Wenn ja, bitte zum Termin mitbringen.

Welches Gerät: _____

Blutzuckertagesprofil

Wenn Sie bereits ein Blutzuckermessgerät besitzen, bitten wir Sie **ein Blutzuckertagesprofil zu erstellen** und Ihre Werte zu notieren (siehe Anhang), diese Werte sind eine wichtige Grundlage für die ärztliche Beratung.

Zusätzliche Informationen:

Hausärztliche/diabetologische Betreuung durch Praxis:

_____ Tel. _____

Teilnahme am DMP-Programm Diabetes mellitus Typ ____

Wenn ja, bitte Vermerk auf Überweisung: Mitbehandlung im Rahmen des DMP.

Nur für Versicherte der AOK-/DAK:

HZV-Einschreibung beim Hausarzt?

Teilnahme am Facharztvertrag



Blutzuckertagesprofil

Bitte ausgefüllt mitbringen! Vielen Dank.

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

| DATUM | Morgens vor der Mahlzeit | Morgens 2 Std. nach der Mahlzeit | Mittags vor der Mahlzeit | Mittags 2 Std. nach der Mahlzeit | Abends vor der Mahlzeit | Abends 2 Std. nach der Mahlzeit | 22.00 Uhr | 03.00 Uhr | Morgens nüchtern |
|-------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------------|-----------|-----------|---------------------|
| | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl |
| | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl | BZ mg/dl |
| | | | | | | | | | |