



## 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