

**Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr.med. Uwe Böckmann – Birgit Jacobs**  
**Parkstraße 26 24534 Neumünster Tel. 04321-82611 Fax: 04321 499650**

Um Ihre Anmeldung zügig bearbeiten zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Hausarzt und legen Sie bitte einen aktuellen Überweisungsschein „Diabetologie“ bei.



Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Adresse: (Straße, Hausnummer, Ort) \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Mobiltelefon.: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Schichtdienst: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus Typ \_\_\_\_\_, seit \_\_\_\_\_  
Ist Diabetes mellitus in der Familie bekannt? Nein  / Ja  Mutter , Vater , Geschwister   
Wann war der letzte Augenarztbesuch? \_\_\_\_\_  
Ist eine diabetische Netzhauterkrankung bekannt? Nein  / Ja   
Gab es eine frühere Laserbehandlung beim Augenarzt? Nein  / Ja

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamentenname	Medikamentenstärke (mg, g, IE)	Tablettenzahl/Dosis (wie viele am Tag)
Insulin		

Haben Sie schon an einer Diabetikerschulung teilgenommen? Nein  / Ja  ;  
wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Messen Sie Ihren Blutzucker selbst? Nein  / Ja :, welches Gerät? \_\_\_\_\_

Sind Sie im Disease-management-Programm (DMP) Diabetes eingeschrieben? Nein  / Ja

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm, wie hoch ist Ihr Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

Aktuelle Laborwerte: (Bitte wenn möglich ausfüllen, ansonsten den Laborbogen beilegen!)

HbA1c (Langzeit Zucker): \_\_\_\_\_, gemessen am \_\_\_\_\_

Kreatinin: \_\_\_\_\_, gemessen am \_\_\_\_\_

Cholesterin: \_\_\_\_\_, HDL: \_\_\_\_\_, LDL: \_\_\_\_\_; Triglyzeride (TG): \_\_\_\_\_; gemessen am \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? Nein  / Ja , seit \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Herzerkrankung? Nein  / Ja , seit \_\_\_\_\_

Ist ein Herzinfarkt bekannt? Nein  / Ja , wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Bypass-Operation? Nein  / Ja , wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Durchblutungsstörungen in den Beinen ? Nein  / Ja , seit \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen bekannt? Nein  / Ja , seit \_\_\_\_\_

Haben Sie an den Füßen Gefühlsstörungen, Missempfindungen, Wunden? Wenn ja, was genau?  
\_\_\_\_\_

Haben Sie weitere Erkrankungen? \_\_\_\_\_