Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. Uwe Böckmann – Birgit Jacobs – Dr. Claudia Evers
Parkstraße 26 24534 Neumünster Tel. 04321-82611 Fax: 04321 4996

DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS

Um Ihre Anmeldung zügig bearbeiten zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen auszufüllen. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Hausarzt und legen Sie bitte einen **aktuellen Überweisungsschein „Diabetologie“ bei, der Angaben zu Ihrer DMP-Teilnahme enthält.**

Vorname + Name: _____ Geburtstag: _____
Adresse: (Straße, Hausnummer, Ort) _____ _____
Telefonnummer: _____ - _____ Mobiltelefon.:_____
Emailadresse: _____@_____
Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____ Versichertennr.: _____
Beruf: _____ Schichtdienst: _____
Diabetes mellitus Typ ____seit _____
Ist Diabetes mellitus in der Familie bekannt? Nein □ / Ja □ Mutter □, Vater □, Geschwister □
Wann war der letzte Augenarztbesuch / Name des Augenarztes: _____
Ist eine diabetische Netzhauterkrankung bekannt? Nein □ / Ja □

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bei noch mehr Medikamenten bitte Rückseite benutzen!)

Medikamentenname	Medikamentenstärke (mg, g, IE)	Tablettenzahl/Dosis Morgens/Mittags/Abends/Nachts			
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 unbedingt ausfüllen, ansonsten den Laborbogen vom Hausarzt beilegen!)

HbA1c (Langzeitzucker): _____, gemessen am: _____
Kreatinin: _____, GFR:_____, gemessen am: _____
Cholesterin: _____, HDL: _____, LDL: _____; gemessen am: _____
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? _____

Wenn Sie selber Blutzucker messen, bitte die Werte zum Termin mitbringen!