



Erhebungsbogen für Chronikerprogramm Diabetes mellitus

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Bitte füllen Sie möglichst nachfolgende Angaben aus:

- a) aktuelles Gewicht: kg
- b) aktueller Blutdruck im Durchschnitt: / mmHg
(wenn Möglichkeit der Selbstmessung besteht!)

Neu aufgetretene Beschwerden seit der letzten Untersuchung:

- c) neu aufgetretenes Kribbeln, Brennen, Schmerzen oder Taubheitsgefühl
unter den Fußsohlen oder Zunahme eventuell bestehender Symptome
Ja ☐ Nein ☐
- d) Letzte augenärztliche Untersuchung: / (Monat/Jahr)

Aktuelle Medikation:

(bitte Ihren Medikamentenplan beifügen, nicht eingenommene Medikamente bitte durchstreichen!
Sie erhalten dann nach der Überprüfung einen aktualisierten Plan!)

Wichtig: ein Bedarfsmedikament wird aufgeführt, auch wenn es nicht oder sehr wenig genommen wird!

Ich wünsche einen ärztlichen Beratungstermin: Ja ☐ Nein ☐

Datum, Unterschrift (entfällt beim Ausfüllen des Fragebogens am PC!) und Übermittlung per Email!

nur für interne Zwecke:

b	☐ J >139/89 mmHg	☐ N
c	☐ J	☐ N
d	☐ >12 M.: Überw.	☐ < 12 M.: ---
	☐ J=Kontr./Korrekt.	☐ = keine Korrektur