

Fragebogen: Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Seit wann ist Ihnen bekannt, dass Sie an Diabetes mellitus leiden?

(MM/JJJJ)

2. Welche Form von Diabetes mellitus wurde bei Ihnen festgestellt?

Typ I (juvener Diabetes) Typ II (Erwachsenen-, Altersdiabetes)

3. Halten Sie eine regelmäßige Diät?

Ja | seit wann: (MM/JJJJ)
 Nein

4. Ist eine Behandlung mit Insulin erforderlich?

Ja | seit wann: (MM/JJJJ)
 Nein

5. Welche Präparate verwenden Sie und in welcher Dosierung?

6. Wird eine Insulinpumpe verwendet?

Ja | seit wann: (MM/JJJJ)
 Nein

7. Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Tabletten behandelt?

Ja | seit wann: (MM/JJJJ)
 Nein

8. Welche Medikamente verwenden Sie und in welcher Dosierung?

9. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

Kuraufenthalte Krankenhausaufenthalte

Fragebogen: Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

B

10. Sind bei Ihnen bereits Schockzustände oder Koma aufgetreten?

- Ja | wann: (MM/JJJJ)
 Nein

11. Hatten Sie jemals Eiweiß im Urin?

- Ja | wann: (MM/JJJJ)
 Nein

12. Wurden bei Ihnen Augenhintergrundveränderungen festgestellt?

- Ja | wann: (MM/JJJJ)
 Nein

13. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- Ja | in welchem Umfang: _____ (Art und Menge)
 Nein

14. Rauchen Sie?

- Ja | wie viele täglich: _____
 Nein

Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

15. Ist der Diabetes mellitus gut und optimal eingestellt?

- Ja | seit wann: (MM/JJJJ)
 Nein

16. Welche Beschwerden bestehen noch?

17. Werden regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchgeführt?

- Ja | in welchen Abständen: _____
 Nein

18. Wann war die letzte Blutuntersuchung und mit welchem Ergebnis?

Datum	Hb A 1
-------	--------

Blutzucker nüchtern	Blutzucker nach dem Essen
---------------------	---------------------------

19. Wann war die letzte Urinuntersuchung und mit welchem Ergebnis?

Datum	Eiweiß
-------	--------

Urinzucker	Aceton
------------	--------

20. Welche Blutdruckwerte wurden zuletzt gemessen?

Blutdruck syst. diast. /	Datum
--------------------------	-------

Fragebogen: Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

B

21. Sind weitere Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypertonie, Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja seit wann: <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/JJJJ) | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (z.B. koronare Herzkrankheit) | <input type="checkbox"/> Ja seit wann: <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/JJJJ) | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen (Cholesterinerhöhung) | <input type="checkbox"/> Ja seit wann: <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/JJJJ) | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja seit wann: <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/JJJJ) | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja seit wann: <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/JJJJ) | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen (Polyneuropathien) | <input type="checkbox"/> Ja seit wann: <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/JJJJ) | <input type="checkbox"/> Nein |

Name der neurologischen Erkrankung

22. Welcher weitere Arzt hat sie behandelt bzw. behandelt Sie noch?

Name, Anschrift, Fachrichtung

23. Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum Art der Erkrankung

24. Welche Medikamente werden/wurden Ihnen hier verordnet?

Name der Medikamente

25. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig und wegen welcher Erkrankung?

- Ja | wann: _____ (Zeitraum)
- Art der Erkrankung: _____
- Nein

26. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

- Ja | wieviel % MdE: _____ | welcher Grund MdE: _____
- Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde