Fragebogen: Diabetes

A

Zu versichernde Person

Geb.-Datum

Berufliche Tätigkeit

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Gestörte Glukosetoleranz

☐ Andere Form des Diabetes :

2. Wann wurde die Erkrankung erstmals festgestellt?

3. Wie lauten die Ergebnisse der zuletzt gemessenen Werte? Datum

HbA1c _____ Größe _____ Gewicht _____

HbA1c _____ Blutfettwerte: Cholesterin _____ HDL _____ Triglyceride _____

Blutdruck _____ / _____ Leberwerte: GGT _____ GPT _____ GOT _____

Urinuntersuchung: ☐ ohne krankhaften Befund ☐ krankhafter Befund
(Bitte Befund beifügen)

4. Wie werden oder wurden Sie behandelt?

☐ Keine Behandlung ☐ Diät ☐ Insulin ☐ Medikament:

Andere Therapien/Behandlungen: von: bis:

In welcher Dosierung? ☐ täglich (_____ mal am Tag) ☐ wöchentlich(_____ mal in der Woche)

5. Bestehen oder bestanden folgende Komplikationen?

☐ Durchblutungsstörungen ☐ Gefühlsstörungen ☐ Nierenerkrankungen ☐ Nein
☐ Eiweiß im Urin ☐ Herzerkrankungen ☐ Netzhautschädigungen
☐ Hautausschläge ☐ Nervenschädigungen ☐ Diabetischer Schock
☐ Diabetisches Koma ☐ Kribbeln der Hände

In welchem Zeitraum?

6. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name: Name:
Anschrift: Anschrift:
Behandlungszeitraum | von: bis: Behandlungszeitraum | von: bis:

7. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

☐ Ja | wann: Wie lange? ☐ Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:
(Bitte Befund beifügen)

8. Wurde bei einem Verwandten 1. Grades Diabetes festgestellt?

☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Diabetes mellitus Typ 2 vor dem 60. Lebensjahr ☐ Nein

Fragebogen: Diabetes

B

9. Konsumieren oder konsumierten Sie Tabak unter Feuer (z.B. Zigaretten, Zigarillos, Pfeifen) oder Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer (z. B. E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife)?

☐ Ja | seit wann? Bei Ex-Rauchern | bis wann? ☐ Nein

Was?

Wie viel pro Tag?

10. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul oder studierunfähig gewesen?

☐ Ja | von: bis: Ja | von: bis: ☐ Nein

11. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

☐ Ja | zu welchen? ☐ Nein

12. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

☐ Ja | Zeitpunkt des Wechsels: ☐ Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person