

Diabetes Schwerpunktpraxis Köln Ost

Diabetologikum DDG
Praxispartnerschaft
Dr. med. Heinke Adamczewski
Ärztin für Innere Medizin, Diabetologin DDG u. Äk No
Erik Klein
Arzt für Allgemeinmedizin, Diabetologe DDG u. Äk No
Georg Ludwig
Arzt für Innere Medizin, Diabetologe Äk No

Ihr Name und Vorname:

Angestellte Ärzte:
Dr. med. Dietmar Weber
Arzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG
Dr. med. Ulla Mimkes
Ärztin für Innere Medizin, Diabetologin DDG u. Äk No
Georg Krämer
Arzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG

Ihr Geburtsdatum:

Rolshover Straße 99
51105 Köln
Tel. (02 21) 93 31 900
Fax. (02 21) 83 04 663
www.diabetes-praxis-koeln-ost.de
Partnerschaft Sitz Köln, Register Essen PR 1048

Willkommen in unserer Praxis,

Zu Ihrem ersten, sehr ausführlichen Untersuchungs- und Besprechungstermin bringen Sie bitte die folgenden Unterlagen und Dinge mit. Nur dann ist eine sinnvolle Behandlung möglich:

- ✓ Ihr Blutzucker- oder Urinzucker-Tagebuch,
- ✓ Der Gesundheitspass Diabetes, wenn Sie bereits einen haben
- ✓ Ihre Medikamente und Insuline, Pen, Blutzucker-Messgerät und -streifen, Stechhilfe
- ✓ Ihre Versicherungskarte
- ✓ Evtl. Durchschrift Ihres Dokumentationsbogens DMP

Von Ihrem Hausarzt besorgen Sie bitte:

- ✓ Überweisung Ihres Hausarztes
(mit Eintrag: „DMP-Diabetes Teilnahme in Hausarztpraxis“)
- ✓ Laborwerte:
 - alle aus der letzten Zeit (bis 1 Jahr)
 - aktuelle Werte: HbA1c, Blutzucker-Werte, Urin/Mikraltest, Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL, Kreatinin
- ✓ Medikamentenplan
- ✓ Vorbefunde:
 - Arztberichte
 - Augenarztbefunde
 - Krankenhaus-Berichte

Zu ihrem ersten Termin bei uns brauchen Sie **nicht nüchtern** zu kommen.
Bitte bringen Sie viel Zeit mit. Sie werden vom Arzt gründlich untersucht

Mit freundlichen Grüßen

Praxis-Team Diabetes Praxis Köln Ost

Bitte beantworten Sie zur Vorbereitung ihres ersten Besuches in unserer Praxis folgende Fragen:

Wie sind Sie tagsüber zu erreichen? Telefonnummer privat: _____

Telefonnummer geschäftlich: _____ Mobil-Telefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Sind Sie berufstätig: ja nein

Was ist Ihr **Hauptwunsch** an uns? _____

Was ist Ihr gesundheitliches **Hauptproblem** zur Zeit? _____

Seit **wann** ist Ihr Diabetes bekannt? _____ Wer ist der Hausarzt? _____

Welche **Symptome** bestehen zurzeit? ich habe keine Beschwerden
 Durst Gewichtsabnahme in den letzten 12 Mo.
 häufiges und starkes Wasserlassen Sehstörungen
 Wasserlassen in der Nacht, wie oft: _____
 Andere: _____

Messen Sie Ihren **Blutzucker**? nein ja, wie oft?: _____/ Woche
Urinzucker? nein ja, wie oft?: _____/ Woche

Wie liegen Ihre BZ-Werte **morgens** nüchtern? _____ Wie am übrigen Tag? _____

Wie lag der letzte HbA1c: _____

Haben Sie **Unterzuckerungen**? nein ja, wie oft?: _____/ Monat,
Haben Sie Traubenzucker bei sich? ja nein

Haben Sie bereits an einer **Diabetes- Schulung** teilgenommen? nein ja, wann: _____
Wo: _____

Wie **ernähren** Sie sich? ohne Einschränkung ich meide Zucker und Süßes
 viel Gemüse fettarm
 ich berechne Broteinheiten
 ich achte sehr auf die Menge / kcal

Trinken Sie **alkoholische** Getränke nein ja, wie oft? Bier _ /Woche Wein _ / Woche
 andere alkoholische Getränke: _____ / Woche

Wie ist Ihre **Gewichtsentwicklung** derzeit konstant steigend fallend
In den letzten 10 Jahren Maximum: _____ Minimum: _____ derzeit: _____ kg

Haben Sie ein Gewichtsziel? welches: _____?

Haben Sie körperliche Bewegung? ja welche? _____ zu wenig nein

Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? : _____

Bitte auch die nächste Seite ausfüllen

Bisherige Medikamente – Therapie :

(denken Sie auch an Insulin, Sprays, Hormone, Medikamentenpflaster, Depotspritzen, Schlafmittel, Schmerzmittel, die „Pille“)

Medikament:	seit wann	morgens :	mittags:	abends:	Zur Nacht

Bestehen bei Ihnen Folgekrankheiten des Diabetes?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Augenerkrankungen** , letzte Augenarztuntersuchung : _____
Können Sie gut sehen? ja nein
Ist Zeitunglesen möglich? ja nein
- Herzerkrankung (**Brustenge, Luftnot**, Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung)
- Schlaganfall
- Nierenerkrankung? Eiweißausscheidung im Urin?
- Fußwunden: ja nein
wann zuletzt? _____
- Nervenstörungen (z.B. Kribbeln, Taubheit, Brennen v.a. in den Füßen)
- Durchblutungsstörungen in den Beinen: Gehstrecke (bis Beschwerden auftreten): _____
- Probleme im Geschlechtsleben? ja nein

Sind **Risikofaktoren** bekannt?

- Rauchen, wie viel: _____ / Tag nein ich bin Nichtraucher
- hoher Blutdruck: Werte? : _____
- Hohe Cholesterin- und Fettwerte
- Verwandte mit Herzerkrankungen oder Schlaganfall

Litten oder leiden Sie an wesentlichen Erkrankungen?

Lunge: _____ Darm: _____
Herz: _____ Krebs: _____
Niere: _____ Schilddrüsen: _____

Wichtige Operation: _____

Haben Sie Verwandte mit Diabetes? Typ 1 oder 2? : _____

In welchem Bereich sind Sie berufstätig? _____ Körperliche Arbeit? Schichtarbeit?

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis ja nein Grad d. Behinderung: _____ %

Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe? ja nein

Sind Sie Mitglied des Deutschen Diabetikerbundes? ja nein

Lesen Sie Diabetes Zeitschriften? ja nein

Danke, Ihr Praxisteam

Fragebogen für Menschen, die Insulin spritzen

Insulintherapie

Setzen Sie eine Insulinpumpe ein? ja / nein
wenn ja, welche: _____

Verwenden Sie ein CGM oder FGM (kontinuierliche Glukosemessung)-System?
ja / nein
wenn ja, welches: _____

Bringen Sie uns bitte, wenn möglich, eine Liste der Pumpen und CGM-Materialien mit.

Welche(s) Insulin(e) spritzen Sie? _____

Wechseln Sie die Spritzstellen? ja / nein / ungenügend

Welche Spritzregion benutzen Sie? Bauch Oberschenkel Oberarm

Halten Sie einen Abstand zwischen Spritze und Essen ein?
ja / nein
Wie lange? _____

Passen Sie bei körperlicher Belastung Insulin und Essen an?
ja / nein / ungenügend

Benutzen Sie KE Faktoren / BE-Faktoren? In welcher Höhe?
morgens: _____ mittags: _____ abends: _____ nachts: _____

Benutzen Sie Korrekturregeln? Morgens: _____ mittags: _____ abends: _____ nachts: _____

Müssen Sie am Wochenende oder im Urlaub anders dosieren?
ja / nein, inwiefern? _____

Mit welcher Nadellänge spritzen Sie? _____ mm

Wie oft benutzen Sie eine Nadel? _____ Mal

Wissen Sie was bei akuter Erkrankung oder Ketoazidose zu tun ist?
ja / nein / ungenügend

Haben Sie Keton-Teststreifen? ja / nein

Ernährung

- Fühlen Sie sich sicher im KE/BE- berechnen? ja / nein / ungenügend
Wiegen Sie schon mal ab? ja / nein
Essen Sie Vollkornprodukte? ja / nein
Decken Sie alle KE / BE mit Insulin ab? ja / nein / ungenügend

Unterzuckerungen

- Haben Sie Unterzuckerungen?
- leichte Unterzuckerungen mit geringen Beschwerden, die schnell zu beheben sind
 - mittelschwere Unterzuckerungen mit deutlichen Beschwerden, die nur schwer behebbar waren
 - schwere Unterzuckerungen mit Bewusstlosigkeit und Bedarf für Fremdhilfe

Wie oft treten die Unterzuckerungen auf? Wann zuletzt?

_____ mal pro _____

Zuletzt: _____

- Nehmen Sie Unterzuckerungen gut wahr? ja / nein
Ab welchem Blutzucker spüren Sie etwas: _____ mg/dl
Haben Sie Glukagon? ja / nein
Haben Sie Traubenzucker bei sich? ja / nein

Blutzuckermessung / CGM

- Schreiben Sie alle BZ Messergebnisse, KE und Insulingaben auf?
ja / nein
Verwenden Sie ein elektronisches Tagebuch? ja / nein
Messen Sie 1 x / Monat nachts? ja / nein
Ist Ihr Blutzuckermessgerät geprüft worden? ja / nein

Danke, Ihr Praxisteam