

Name: Vorname:	Geburtsdatum:	Falkensee, den
-------------------	---------------	----------------

Vorbereitung eines Routinetermins bei Typ2-Diabetes mit Insulin

Stammdaten:	
Bitte prüfen Sie zuerst, ob die uns vorliegenden Kontaktdaten weiterhin aktuell sind.	
Telefon:	<input type="text"/>
Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
Hausarzt:	<input type="text"/>

Untersuchungsbefunde und Krankenhausberichte:	
Gibt es neue Untersuchungsbefunde ?	
Facharzt	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Labor	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Krankenhaus	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Wenn ja, haben Sie uns die Befunde mitgebracht/-gesandt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Anderenfalls, bei wem sind die Befunde anzufordern?	<input type="text"/>
Wann war Ihre letzte Augenarzt-Untersuchung?	Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>
Bei wem?	<input type="text"/>
Haben Sie Ihren aktuellen Medikationsplan mitgebracht/-gesandt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Magen-Darm:	
Wie oft haben Sie Stuhlgang pro Woche?	<input type="text"/> x/Woche
Haben Sie Verstopfung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Haben Sie Durchfall?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="text"/> x/Tag
Haben Sie Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Haben Sie Appetitlosigkeit?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Haben Sie Heißhunger?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Herz-Kreislauf:	
Haben Sie ein Blutdruckprofil mitgebracht?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Wie war Ihr Blutdruck/Puls zu Hause?	Blutdruck <input type="text"/> / <input type="text"/> Puls <input type="text"/>
Haben Sie Luftnot? (Wenn ja, in welcher Situation?)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="text"/>
Haben Sie Brustschmerzen? (Wenn ja, in welcher Situation?)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="text"/>
Haben Sie Herzrasen? (Wenn ja, in welcher Situation?)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="text"/>
Haben Sie Wasser in den Beinen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Müssen Sie nachts Wasserlassen? (Wenn ja, wie oft?)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="text"/> x/Nacht

Gewicht:	
Wie ist Ihr aktuelles Gewicht in kg?	<input type="text"/> kg

Welche Diabetesmedikamente nehmen Sie?	
<input type="text"/>	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
<input type="text"/>	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
<input type="text"/>	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
<input type="text"/>	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Welches Langzeitinsulin spritzen Sie?	
Wann und wieviel?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Welches Mahlzeiteninsulin spritzen Sie?	
Wann und wieviel?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Wie ist Ihr Spritz-Ess-Abstand?	<input type="text"/>

Spritzstellen:	
Wohin spritzen Sie das Insulin?	<input type="radio"/> Bauch <input type="radio"/> Oberschenkel <input type="radio"/> andere
Wie oft wechseln Sie die ... (jedes x. Mal)	Spritzstellen <input type="text"/> Nadeln <input type="text"/>

Blutzuckerkontrolle:	
Haben Sie BZ-Werte mitgebracht?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Wie oft kontrollieren Sie Ihren BZ?	<input type="text"/> x/Tag <input type="text"/> x/Woche <input type="text"/> x/Monat
Wie ist Ihr durchschn. Nüchtern-BZ?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Welchen Zielwert streben Sie an	<input type="text"/>

Unterzuckerung:	
Wie oft hatten Sie Unterzuckerungen?	<input type="checkbox"/> nie <input type="text"/> x/Tag <input type="text"/> x/Woche <input type="text"/> x/Monat
Wann hatten Sie Unterzuckerungen?	<input type="checkbox"/> morgens: <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät <input type="checkbox"/> nacht:
Was war die Ursache ?	<input type="text"/>

Wie passen Sie Ihr Insulin an?	
Bei warmem Essen ?	<input type="radio"/> nicht <input type="radio"/> <input type="text"/>
Bei Bewegung? Wieviel genau?	<input type="radio"/> nicht <input type="radio"/> mehr Kohlenhydrate <input type="radio"/> weniger Insulin ./ <input type="text"/> Einheiten

Bitte teilen Sie uns zum Abschluss noch mit, welche Rezepte wir für Sie vorbereiten können:

Wir danken herzlich für Ihre Mithilfe !