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:	
Mobil:	
Email:	
Hausarzt:	

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

Magen-Darm:		
Wie oft haben Sie Stuhlgang pro Woche?		x/Woche
Haben Sie Verstopfung?	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Durchfall?	◯ Nein ◯ Ja	x/Tag
Haben Sie Übelkeit oder Ebrechen?	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Appetitlosigkeit?	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Heißhunger?	◯ Nein ◯ Ja	

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

Gewicht:	
Wie ist Ihr aktuelles Gewicht in kg?	☐ kg

Welche **Diabetesmedikamente** nehmen Sie?				
☐	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	spät ☐
☐	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	spät ☐
☐	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	spät ☐
☐	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	spät ☐
Welches **Langzeitinsulin** spritzen Sie?	☐			
Wann und wieviel?	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	spät ☐
Welches **Mahlzeiteninsulin** spritzen Sie?	☐			
Wann und wieviel?	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	spät ☐
Wie ist Ihr Spritz-Ess-Abstand?	☐			

Spritzstellen:			
Wohin spritzen Sie das Insulin?	○ Bauch	○ Oberschenkel	○ andere
Wie oft wechseln Sie die ... (jedes x. Mal)	Spritzstellen ☐	Nadeln ☐	

Blutzuckerkontrolle:				
Haben Sie BZ-Werte mitgebracht?	○ Nein	○ Ja		
Wie oft kontrollieren Sie Ihren BZ?	☐ x/Tag	☐ x/Woche	☐ x/Monat	
Wie ist Ihr durchschn. Nüchtern-BZ?	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	spät ☐
Welchen Zielwert streben Sie an	☐			

Unterzuckerung:					
Wie oft hatten Sie Unterzuckerungen?	☐ nie	☐ x/Tag	☐ x/Woche	☐ x/Monat	
Wann hatten Sie Unterzuckerungen?	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends	☐ spät	☐ nachts
Was war die Ursache ?	☐				

Wie passen Sie Ihr Insulin an?			
Bei warmem Essen ?	○ nicht	○ ☐	
Bei Bewegung? Wieviel genau?	○ nicht	○ mehr Kohlenhydrate	○ weniger Insulin ./. ☐ Einheiten

Wir danken herzlich für Ihre Mithilfe !