

**Checkliste für Patienten mit Diabetes oder Verdacht auf Diabetes**

Bitte füllen Sie diesen Bogen gewissenhaft aus

Name:	Vorname:	Datum:
-------	----------	--------

Welche der aufgeführten Beschwerden haben Sie ? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
Kribbeln in den Füßen („Ameisenlaufen“)		
Kribbeln in den Händen		
Taubheitsgefühl in den Füßen		
Taubheitsgefühl in den Händen		
Pelzigkeitsgefühl an den Füßen		
Pelzigkeitsgefühl an den Händen		
Gefühl, als wären die Füße eingeschlafen		
Gefühl, als wären die Hände eingeschlafen		
Brennende Füße		
Brennende Hände		
Unruhige Beine		
Gangunsicherheit (Laufen wie auf Watte)		
Schwächegefühl in den Beinen		
Häufiges Stolpern beim gehen		
Häufiges Stolpern beim Treppensteigen		
Wadenkrämpfe		
Muskelzucken		
Offene, schlecht heilende Stellen an den Füßen		
Trockene, rissige Haut an den Füßen		

Herabgesetztes Schmerzempfinden an den Füßen		
Herabgesetztes Schmerzempfinden an den Händen		
Stechende Schmerzen an den Füßen		
Stechende Schmerzen an den Händen		
Dumpfe Schmerzen an den Füßen		
Dumpfe Schmerzen an den Händen		

Wann treten die o.g. Beschwerden vorwiegend auf?	Nachts <input type="checkbox"/>	Tags <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>	in Ruhe <input type="checkbox"/>	Bei Belastung <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus

Name:	Vorname:	Datum:
-------	----------	--------

	Ja	Nein
Schnelles, anhaltendes Völlegefühl		
Sodbrennen		
Vermehrtes Durstgefühl		
Erbrechen		
Durchfall nach dem Essen		
Durchfall Nachts		
Verstopfungen		
Blähungen		
Schweißausbrüche beim Essen, v.a. Gesicht / Oberkörper		
Schweißausbrüche Nachts		

Unfreiwilliger Urin- und Stuhlabgang		
Urin- und Stuhlabgang bei Husten / Niesen		
Urinabgang bei voller Blase		
Können Sie die Blase vollständig entleeren?		
Brennen beim Wasserlassen		

Wie oft müssen Sie Nachts Wasserlassen?	___ mal
Wie viel trinken Sie pro Tag ?	___ Liter
Wie oft haben Sie Stuhlgang?	___ mal pro Tag oder alle ___ Tage

Herzjagen ohne besondere Anstrengung		
Herzschmerzen / Luftnot bei Belastung		
Herzschmerzen / Luftnot in Ruhe		

Schwindel, häufiges Stürzen (z.B. beim Aufstehen)		
Ist der Schwindel wie ein Drehen / Karussell / Liftgefühl		
Ist der Schwindel eher wie ein Schwanken		
Welche Richtung bevorzugt das Schwanken / Drehen	links <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>
Ist der Schwindel eher wie Unsicherheit / Benommenheit		

Schnarchen in der Nacht		
Atemaussetzer in der Nacht		
Berichtet Ihr(e) / Partner(in) von Atemaussetzern?		
Haben Sie oft nächtliche Alpträume?		
Erwachen mit Kopfschmerz / Luftnot		
Sind Sie nach normalem Schlaf tagsüber noch müde?		
Erektionsstörungen (nur für Männer)		

**Wir danken herzlich für Ihre Mithilfe !**