Dr. med. Silke Eberth
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Dr. med. Alexander Eberth
Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie
Diabetologische Schwerpunktpraxis
02977 Hoyerswerda, Dillinger Str. 11
Telefon 03571/406329, Telefax 03571/406330
E-Mail: praxis.dr.eberth@gmx.de
http://www.praxis-eberth.de

Patienten-Aufnahmebogen

Name: _____ Größe: _____ cm

Vorname: _____ Gewicht: _____ Kg

Geburtsdatum: _____ Bauchumfang: _____ cm

Telefon-Nr.: _____

Diabetes mellitus ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 seit _____

Teilnahme am DMP-Diabetes ☐ ja ☐ nein letzte Schulung: _____

Tabletten	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Insulin	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Blutzuckermessgerät: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Ihr Diabetologe die medikamentöse Therapie optimieren kann, benötigen wir **Blutzuckerwerte** die letzten 1 bis 2 Wochen (früh nüchtern, mittags und abends vor dem Essen sowie vor dem Schlafengehen). Gern können sie von unserem Praxisteam ein Messbüchlein zur Dokumentation Ihrer Messungen erhalten. Wenn Ihr Hausarzt bereits Laborwerte abgenommen hat, würden wir uns über eine Kopie der Ergebnisse freuen.
Bitte bringen Sie bei Ihrem Besuch die Chipkarte und den Überweisungsschein von Ihrem Hausarzt mit.
Bitte beantworten sie auch die Fragen auf der Rückseite
Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Alexander Eberth

Diabetes-Folgeerkrankungen

Sind diabetes-bedingte Augenveränderungen bekannt? (Diabetische Retinopathie) Letzte Augen-Untersuchung: _____ Hatten Sie bereits eine Laser-Behandlung der Augen?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein	☐ weiß nicht ☐ weiß nicht
Sind diabetes-bedingte Nierenveränderungen bekannt? (Diabetische Nephropathie)	☐ ja	☐ nein	☐ weiß nicht
Sind diabetes-bedingte Nervenstörungen bekannt? (Diabetische Neuropathie) Haben Sie Gefühlsstörungen oder Missempfindungen (Kribbeln, Brennen, Stechen) an den Füßen? Hatten Sie schon einmal schlecht heilende Wunden an den Füßen?	☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein	☐ weiß nicht ☐ weiß nicht ☐ weiß nicht
Haben Sie Schwindelgefühl beim Aufstehen?	☐ ja	☐ nein	☐ weiß nicht
Haben Sie regelmäßig ein Völlegefühl oder Schweißausbrüche beim Essen?	☐ ja	☐ nein	☐ weiß nicht
Haben Sie Probleme beim Geschlechtsverkehr?	☐ ja	☐ nein	☐ keine Angaben

Weitere Erkrankungen

Ist bei Ihnen eine Durchblutungsstörung des Herzens bekannt? Hatten Sie eine Herzkatheter-Untersuchung? Hatten Sie eine Bypass-operation? Hatten Sie einen Herzinfarkt?	☐ ja ☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein ☐ nein	☐ weiß nicht ☐ weiß nicht ☐ weiß nicht ☐ weiß nicht
Ist bei Ihnen eine Herzschwäche bekannt? Haben Sie Atemnot bei Belastung? Haben Sie Schwellungen der Beine?	☐ ja ☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein ☐ nein	☐ weiß nicht ☐ weiß nicht ☐ weiß nicht
Haben Sie einen erhöhten Blutdruck (über 140/85mmHg)?	☐ ja	☐ nein	☐ weiß nicht
Ist eine Fettstoffwechselstörung bekannt (Cholesterin oder Trigyceride erhöht?)	☐ ja	☐ nein	☐ weiß nicht
Rauchen Sie?	☐ ja, ca. _____/Tag | ☐ nein		
Trinken Sie jeden Tag Bier / Wein / anderen Alkohol?	☐ ja, ca. _____/Tag | ☐ nein		

Diese Diagnosen sind außerdem bekannt:

Sie können auch gern die letzten Krankenhausberichte anfügen. Vielen Dank!