



Ihr erster Termin

Hausärztlich-diabetologisches
MVZ Rhein - Main GmbH
Dr. med. Konrad Binder und Kollegen
63303 Dreieich – Frankfurter Straße 50
64546 Mörfelden-Walldorf – Bahnstraße 7

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

schön, dass Sie sich entschieden haben, sich in unsere diabetologische Behandlung zu begeben.

Folgende Termine haben wir für Sie reserviert:

Damit Sie sich auf den ersten Termin in unserer Praxis gut vorbereiten können haben wir den folgenden Fragebogen und die Checkliste entwickelt.

So erhalten wir bereits am ersten Behandlungstag einen guten Gesamteindruck Ihres Gesundheitszustandes und können gemeinsam mit Ihnen, das für Sie passende, weitere Vorgehen planen.

Damit alle wichtigen Informationen zum ersten Termin vorliegen und nichts vergessen wird, haben wir am Ende des Bogens eine kleine Checkliste erstellt, auf der Sie kontrollieren können, ob Sie alle erforderlichen Unterlagen zusammengestellt haben.

Vielen Dank, wir freuen uns auf unser Kennenlernen !

Ihr Diabetes-Praxis-Team

Persönliche Daten:

Vorname und Nachname

Geb. Datum

Tel. Festnetz

Mobil

Email-Adresse

Familienstand: _____ Kinder: _____

Berufstätig als: _____ / in Rente: _____

Nehmen Sie beim Hausarzt am „Zuckerprogramm“ / DMP teil? Ja ? Nein ?

Haben Sie einen Gesundheitspass Diabetes (blaues Heft)? Ja ? Nein ?

Es besteht ein Diabetes mellitus Typ 1 ? 2 ? Sonstige ? Diagnose _____ (Jahreszahl)

Für Frauen: Hatten Sie einen Schwangerschaftsdiabetes Ja ? Nein ?

Diabetestherapie:

	Name und Wirkstärke	Dosierung
(Zucker)-Tabletten		
(Zucker)-Tabletten		
(Zucker)-Tabletten		



Ihr erster Termin

Hausärztlich-diabetologisches

MVZ Rhein - Main GmbH

Dr. med. Konrad Binder und Kollegen

63303 Dreieich – Frankfurter Straße 50

64546 Mörfelden-Walldorf – Bahnstraße 7

Kurzzeit / Essensinsulin		
Langzeitinsulin		
Sonstige Diabetesmedikamente		

Blutzuckermessgerät: _____ / nicht vorhanden ?

Wie oft messen Sie den Blutzucker? _____ x am Tag / _____ x in der Woche

Wie war Ihr letzter HbA1c _____ %

Haben Sie schon einmal an einer Diabetesschulung teilgenommen?

Nein ? Ja ? zuletzt _____

Wenn Sie Insulin spritzen:

Welche Nadellänge verwenden Sie? _____ mm

Berechnen Sie BE/KE Ja ? Nein ?

Rechnen Sie mit BE/KE – Faktoren und Korrekturfaktoren Ja ? Nein ?

Treten Unterzuckerungen auf ? Nie ? selten (1x/Mon) ? häufig (1x/Woche) ?

Ich bemerke Unterzuckerungen ab _____ mg/dl

Ich verwende eine Insulinpumpe (Name): _____

Katheter und Schlauchlänge: _____

Ist ein Diabetes bei Eltern, Geschwistern, Großeltern bekannt?

Nein ? Ja ? bei _____

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes?

Veränderungen an den Augen (Retinopathie) Ja ? Nein ? nicht bekannt ?

Wurde bereits eine Laserbehandlung der Augen durchgeführt? Ja ? Nein ?

Letzter Augenarztbesuch _____

Gefühlsstörungen an den Füßen Ja ? Nein ? nicht bekannt ?

Wunden der Füße Ja ? Nein ?

Erhöhtes Eiweiß im Urin Ja ? Nein ? nicht bekannt ?

Potenzstörungen Ja ? Nein ?

Bestehen weitere Erkrankungen?

Bluthochdruck ? hohe Blutfette ? Durchblutungsstörung der Beine ?

Herzerkrankung ? Herzinfarkt ? Schlaganfall ?

Depressionen



Ihr erster Termin

Hausärztlich-diabetologisches
 MVZ Rhein - Main GmbH
 Dr. med. Konrad Binder und Kollegen
 63303 Dreieich – Frankfurter Straße 50
 64546 Mörfelden-Walldorf – Bahnstraße 7

? Schilddrüsenerkrankung ?

Sonstige _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten ?

Nein ? Ja ? gegen _____

Rauchen Sie? Ja ? Nein ? / Konsumieren Sie Alkohol Ja ? Nein ? Selten ?

Ihr Anliegen an uns:

? Verbesserung der Blutzuckereinstellung ? Regelmäßige Betreuung

? Überprüfung der Diabetesmedikamente ? Wissensbedarf

? Anderes _____

Checkliste für Sie zum abhaken – Bitte bringen Sie zum ersten Termin folgendes mit:

	Fehlt/nicht vorhanden	vorhanden
Diesen Erstvorstellungsbogen – vollständig ausgefüllt		
Aktueller Medikamentenplan und/ oder Spritzplan		
Letzte Laborwerte (vom Hausarzt)		
Vorbefunde vom Augenarzt (falls vorhanden)		
Vorbefunde Kardiologen, Nephrologen, Krankenhaus (falls vorhanden)		
Den ausgefüllten PAID-, ESS- und PHQ-9 Fragebogen		
Ihr Blutzuckermessgerät		
Ihre Insulinpens / Insulinpumpe / Diabetesutensilien		
Gesundheitspass Diabetes (wenn vorhanden)		
Ernährungsprotokoll (wenn Sie über ein Blutzuckermessgerät verfügen bitte auch die Blutzuckerwerte und wenn Sie Insulin spritzen die gespritzten Insulindosierungen eintragen)		
Überweisungsschein von Ihrem Hausarzt		

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

**Ihr erster Termin**

Hausärztlich-diabetologisches
 MVZ Rhein - Main GmbH
 Dr. med. Konrad Binder und Kollegen
 63303 Dreieich – Frankfurter Straße 50
 64546 Mörfelden-Walldorf – Bahnstraße 7

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	
Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	
Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	