



# Diabetes Schwerpunkt-Praxis

Ambulante Fußbehandlungseinrichtung

_____	_____
Name, Vorname	Telefon
_____	_____
Geb.-Datum	Handy
_____	_____
Straße	E-Mail
_____	_____
Wohnort	Hausarzt

Gemeinschaftspraxis

**Prof. Dr. Maximilian Spraul**  
Arzt für Innere Medizin – Diabetologe DDG

**Dr. Guido Schomacher**  
Arzt für Allgemeinmedizin – Diabetologe DDG

**Dr. Clio Roussos**  
Ärztin für Innere Medizin – Diabetologin DDG

Diabetespraxis Rheine  
Frankenburgstr. 31  
48431 Rheine

Tel.: 05971/86 99 36 0

Fax: 05971/86 99 36 6

www.diabetespraxis-rheine.de  
info@diabetespraxis-rheine.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Wartezeiten möglichst gering zu halten und trotzdem einen guten Eindruck Ihres Gesundheitszustandes zu bekommen haben wir den folgenden Fragebogen entworfen. Es wäre sehr hilfreich, wenn sie ihn zum Behandlungstermin ausgefüllt mitbringen würden.

Diabetes mellitus besteht seit ca. \_\_\_\_\_ (Jahreszahl), Diabetes Typ 1 , 2 , 3

Diabetestherapie:

- (Zucker)-Tabletten (Name, Dosierung) \_\_\_\_\_
- Weitere (Zucker-)-Tabletten (Name, Dosierung) \_\_\_\_\_
- Kurzzeitinsulin (Name, Einheiten) \_\_\_\_\_
- Langzeitinsulin (Name, Einheiten) \_\_\_\_\_

Blutzuckermessgerät \_\_\_\_\_  
 Injektionshilfe (Pen) \_\_\_\_\_, Länge der Nadel \_\_\_\_\_,  
 bei Pumpentherapie  
 Pumpenname \_\_\_\_\_, Katheter \_\_\_\_\_

Auftreten von Unterzuckerungen nie , selten (1x/Monat) , häufig (1x/Woche) .  
Ich bemerke Unterzuckerungen ab \_\_\_\_\_ mg/dl.

Besteht bei weiteren Mitgliedern Ihrer Familie ein Diabetes mellitus?  
(Eltern, Geschwister ...): \_\_\_\_\_

bestehen Folgeerkrankungen?

- Veränderungen an den Augen (Retinopathie) ja , nein , nicht bekannt
- Laserbehandlung der Augen durchgeführt ja , nein
- Gefühlsstörung der Füße (Neuropathie) ja , nein , nicht bekannt
- Wunden der Füße (diabetisches Fußsyndrom) ja , nein
- erhöhtes Eiweiß im Urin (Nephropathie) ja , nein , nicht bekannt
- Potenzstörung (Erektile Dysfunktion) ja , nein

Nehmen Sie beim Hausarzt am "Zuckerprogramm" (DMP) teil? ja  nein ,  
wurde ein Gesundheitspass (blaues Heft) ausgestellt? ja , nein .



Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch? \_\_\_\_\_.

Haben sie schon einmal an einer strukturierten Diabetesschulung teilgenommen?

ja  , nein  , wenn ja wann zuletzt \_\_\_\_\_.

Bestehen weitere Erkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Verengung der Herzkranzgefäße, Durchblutungstörungen der Beine, Schlaganfall...)

---

---

---

---

Konnte bei Ihnen ein Krankenhauskeim (MRSA/ORSA) nachgewiesen werden? ja  , nein .

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

Name, Dosierung	morgens	mittags	abends

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? gegen: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ja  , nein

Freizeitaktivitäten, Hobbys, Sport: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Ihr Anliegen an uns:

- Verbesserung der Blutzuckereinstellung
- Wissensbedarf (Schulung, Stoffwechselberatung)
- Regelmäßige Kontrolle nach Gesundheitspass
- Besuch der Fußambulanz
- Andere: \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben

Ihr Team der Diabetespraxis Rheine