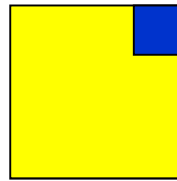


Bitte beachten Sie, dass wir jedes Quartal ein neuen Überweisungsschein Ihres Hausarztes brauchen

Diabetes-Anamnese-Bogen

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Name: _____
Vorname: _____
Geb.: _____
Tel: _____ Mobil: _____
E-Mail Adresse: _____
Hausarzt: _____
Größe: _____ Gewicht: _____



Dr. Jürgen Neumaier
Dr. Julia Klee

Fachärzte für Innere Medizin
Diabetologen

Kennen Sie Ihren Diabetes Typ? (bitte ankreuzen)

- Typ 1 („Jugendlicher Diabetes“) Typ 2 („Altersdiabetes“)

Wann wurde die Diagnose gestellt? _____

Haben Sie einen **Diabetespass**? Nein Ja

Nehmen Sie am **DMP Diabetes** teil? Nein Ja

Sind Sie im **Hausarztvertrag HZV** eingeschrieben? Nein Ja

bisherige Teilnahme an einer **Diabetesschulung**? Nein Ja, wann? _____

Messen Sie Blutzucker? Ja Nein Messgerät: _____

bisherige Teilnahme an einer **Blutdruckschulung**? Nein Ja, wann? _____

Letzter **Augenarztbesuch**: _____ Grad der Behinderung? _____

Rauchen Sie?

Ja, wie viel / Tag? _____ Nein

Falls ja, seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol?

Ja, wie viel und was /Tag _____ Nein

Haben oder hatten Sie zusätzlich (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt(e) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen/Gefäß OP | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Fußprobleme/Fußwunde | <input type="checkbox"/> Nervenstörung/Neuropathie |
| <input type="checkbox"/> Nierenprobleme | <input type="checkbox"/> Harnblasen / Prostata Probleme |
| <input type="checkbox"/> Allergien _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Welche Dosis?)

Medikamentenallergie(n)?: _____

Gibt es in Ihrer Familie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |



Recallsystem

Möchten Sie in unser Recall System zur Erinnerung an fällige Untersuchungen im Bezug auf den Diabetes aufgenommen werden?

Nein Ja

Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Dr. Neumaier und Fr. Dr. Klee von ihrer Schweigepflicht gegenüber einzelnen Personen:

Nein Ja, gegenüber folgender(n) Privatperson(en) _____

Datum Name in Druckbuchstaben + Unterschrift

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____ erkläre mich einverstanden, dass
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

- mein behandelnder Arzt/Ärztin meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern zu führender Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt/Ärztin bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.