

Liebe Patientin,  
Lieber Patient,

Sie sind das erste Mal in unserer Praxis. Um Sie besser kennen zu lernen und Ihnen bei Ihrem Anliegen besser helfen zu können brauchen wir viele Informationen. Wir können Wartezeiten in der Praxis deutlich verkürzen, wenn solche Informationen vorab in Ihrer Kartei eingetragen werden.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Wartezimmer aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen unser Praxispersonal gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

1. Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Beruf: \_\_\_\_\_

3. Telefonnummer: \_\_\_\_\_

4. Hausarzt: \_\_\_\_\_

5. Raucher: ja  Nein

6. Wann wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt? \_\_\_\_\_

7. Seit wann nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes? \_\_\_\_\_

8. Seit wann spritzen Sie Insulin? \_\_\_\_\_

9. Ich nehme folgende Medikamente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**10. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:**

Nierenfacharzt       Lungenfacharzt       Kardiologe   
Urologe       Neurologe       Orthopäde

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**12. Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an:**

Nieren       Füßen       Augen       Herz

**13. letzte Augenarztkontrolle am:** \_\_\_\_\_

Mit dem Ergebnis:

Ohne Befund       Netzhautschäden       Lasertherapie

**14. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:**

Hoher Blutdruck       Asthma       Schlaganfall   
Hohe Fettwerte       Chronische Bronchitis       Leberwerte erhöht   
Herzkrankheit       Magen       Bauchspeicheldrüse   
Schilddrüse       Nierenerkrankung       Rheuma

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**15. Diabetes in der Familie bekannt bei:**

Mutter       Vater       Bruder       Schwester       Kinder

**16. Ich hatte folgende Operationen:**

Herz       Gefäße       Schilddrüse   
Mandeln       Galle       Brust   
Gebärmutter       Blinddarm

Sonstiges: \_\_\_\_\_

17. Folgende Allergien sind bekannt: \_\_\_\_\_

(Penicillin, Kontrastmittel, Gräser, Tierhaare...)

Datum

Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mühe! Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab, damit die Informationen in den Computer übernommen werden können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden weder an Dritte weitergegeben noch anderweitig verwendet!**

#### Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an

- Quartalsweise Untersuchung zur Beurteilung der Stoffwechselsituation
- Untersuchungen, die im Rahmen des DMP erforderlich sind

#### auf folgendem Weg

- Brief
- E-Mail \_\_\_\_\_
- Telefon \_\_\_\_\_
- SMS \_\_\_\_\_

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Untersuchungen erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in