





**Wird Ihr Diabetes mit Insulin behandelt?**

Nein  Ja, seit: \_\_\_\_\_

Insulin-Name: \_\_\_\_\_ Menge (Einheiten): \_\_\_\_\_

Insulin-Name: \_\_\_\_\_ Menge (Einheiten): \_\_\_\_\_

**Haben Sie bereits an einer Schulung teilgenommen?**

Nein  Ja - Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie im letzten Monat Unterzuckerungen? < 3,9mmol/l oder 70mg/dl**

Nein  Ja - wann/wie oft? \_\_\_\_\_

**Kontrollieren Sie Ihren Blutzucker selbst?**

Nein  Ja - wie häufig? \_\_\_\_\_/Woche \_\_\_\_\_/Tag

**Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt?**

Mikrovaskuläre Kompl.:

Nierenschwäche

Netzhautschaden

Laser der Netzhaut

Makrovaskuläre Kompl.:

Herzinfarkt  Stent/Bypass

Schlaganfall

Fußwunden  Amputationen

Familiäre Krankheiten  
(z.B. Herzinfarkt/Schlaganfall):  
\_\_\_\_\_

**Sind folgende Begleiterkrankungen bekannt?**

Bluthochdruck

Fettstoffwechselstörungen (hohe Blutfettwerte)

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!**