

*Liebe Patientin, lieber Patient!*

Wir haben für Sie einen Termin reserviert, um Ihre Diabetesbehandlung erstmalig bei uns zu besprechen.

**Zu diesem Termin bringen Sie bitte folgendes mit:**

- **Überweisung vom Hausarzt (mit DMP-Vermerk). Wenn Ihr Hausarzt am DMP- Diabetes 2 teilnimmt ist die Eintragung der DMP-Nummer erforderlich.**  
**Die Überweisung vom Hausarzt ist in jedem weiteren Behandlungsquartal erneut beim ersten Kontakt abzugeben !!**
- **Laborwerte und sonstige Befunde Ihres Arztes.**
- **Letzter Augenarztbefund – soweit vorhanden.**
- **Alle Geräte, die Sie zu Ihrer Diabetesbehandlung benutzen, z.B. Insulin-Pen, Blutzuckermessgerät, Glukosesensor, Insulinpumpe.**
- **Ihr Blutzucker- oder Urinzuckertagebuch, wenn vorhanden.**
- **Eventuell vorhandene Blutdruckaufzeichnungen.**
- **„Gesundheitspass Diabetes“, wenn vorhanden.**
- **Wenn möglich bringen Sie den von Ihrem Hausarzt ausgedruckten bundeseinheitlichen Medikamentenplan (BMP) mit, dieser kann von uns dann direkt per Scan übernommen werden.**
- **Wenn Sie schlecht Deutsch sprechen, wäre ein Dolmetscher notwendig.**
- **Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen möglichst vollständig aus**

**Was erwartet Sie?**

- Messung von Blutdruck, Körpergröße und Gewicht.
- Urin- und Blutuntersuchungen.
- Untersuchung der Füße.
- Falls notwendig weitere Untersuchungen wie z.B. Durchblutungsmessungen der Beine.
- Ein ausführliches Gespräch über Ihre Diabetes-Erkrankung, mögliche Änderungen der Therapie und eventuell weitere Maßnahmen zur Verbesserung Ihrer Situation.
- **Für diesen Termin mit den genannten Untersuchungen haben wir ca. 1 ½ Stunde** für Sie eingeplant. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte umgehend und frühzeitig Bescheid.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam



Haben Sie **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**? \_\_\_\_\_

Haben Sie außer Diabetes noch andere Krankheiten (bitte ankreuzen)?

Besteht bei Ihnen ein:

Hoher Blutdruck?

Herzinfarkt

Durchblutungsstörungen in den Beinen?

Schlaganfall

Operationen? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Monat/Jahr

Wurden bei Ihnen Augenveränderungen durch Diabetes festgestellt? Ja / Nein

Rauchen Sie? Ja / Nein / Früher Wie viel? \_\_\_\_\_ Zig./Tag

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) weitere Diabetiker? Ja / Nein

Wurde bei Ihnen ein Belastungs-EKG durchgeführt, wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Wurde eine Untersuchung der Halsgefäße durchgeführt, wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Wurde eine Vorsorgedarmspiegelung durchgeführt? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja/Nein Grad? \_\_\_\_\_

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

*Bitte bringen Sie dieses Schreiben zur Behandlung mit!*

**Ihr Praxisteam**