

Hausarztpraxis Am Herold Center

Dr. med. Antje Gotthardt
Fachärztin für Innere Medizin/ Diabetologie
Hausärztliche Versorgung

Berliner Allee 40c
22850 Norderstedt
Tel. 040 - 528 30 48
Fax 040 - 512 083 79
praxis@hahc.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir benötigen für eine optimale Versorgung von Ihnen schriftliche Angaben zur Person und Gesundheit (unter Berücksichtigung des Datenschutzes):

Persönliche Angaben:

_____, _____, _____/_____/_____
Name Vorname Geburtsdatum

_____, _____
Straße und Hausnummer PLZ – Wohnort

_____/_____/_____
Festnetz Handy eMail

Krankenkasse Beruf

Name der Hausärztin/ des Hausarztes

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Aktuelle Laborwerte (ggf. in Kopie mitbringen):

Letzter HbA1C Wert: _____% ; Nierenwerte: Kreatinin _____; GFR _____

- Sind Sie im Disease-Management-Programm (DMP)? [] ja; [] nein; [] weiß ich nicht
- Seit wann ist ein Diabetes mellitus bekannt? _____
- Handelt es sich dabei um Typ 1 [] oder Typ 2 [] oder andere Form []
- Wie wurde der Diabetes mellitus bisher behandelt?
 - o Tabletten: [] ja [] nein Welche? _____
 - o Insulin: [] ja [] nein Welches? _____
 - Dosierung? _____
 - Wie heißt Ihr Blutzuckermessgerät? _____
 - Welche Nadellänge benutzen Sie? _____
 - Gab es in der Vergangenheit Unterzuckerungen? [] ja [] nein

- Haben Sie schon einmal an einer Diabetiker Schulung teilgenommen?
 - ja; Wann? _____ nein
- Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____
 - Gab es auffällige Befunde? ja nein
- Gibt es in der Vorgeschichte Herz- und Kreislauferkrankungen? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____
- Sind bei Ihnen Durchblutungsstörungen in den Beinen bekannt? ja nein
- Gibt es weitere Erkrankungen? ja nein
 - Wenn ja, welche? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Genussmittel zu sich?
 - Alkohol ja nein; Nikotin ja nein
- Aktueller Medikamentenplan (ggf. bitte in Kopie mitbringen):

Name des Medikaments/ Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Vielen Dank für die Informationen! Bitte geben Sie den Bogen möglichst vor dem vereinbarten Termin in der Praxis ab.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____