

# Fragebogen für Neupatienten

Damit wir Sie in unserer Einrichtung optimal betreuen können, benötigen wir vorab einige Angaben. Ohne diese Informationen können wir Ihnen aktuell keinen Termin anbieten.

## Ihre Daten

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon, Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Welche Art von Diabetes haben Sie?

Diabetes Typ 1                       Diabetes Typ 2                      bekannt seit \_\_\_\_\_  
HbA1c-Wert (Langzeitwert) in %: \_\_\_\_\_

## Schwangerschaft

Verdacht auf Schwangerschafts-Diabetes  
 Festgestellter Schwangerschafts-Diabetes  
Berechneter Geburtstermin \_\_\_\_\_  
Hatten Sie früher schon mal Schwangerschafts-Diabetes?     Ja                       Nein  
Falls durchgeführt: Ergebnis 50g-Zuckertest (oGTT) \_\_\_\_ mg/dl  
Ergebnis 75g-Zuckertest (oGTT) \_\_\_\_ mg/dl \_\_\_\_ mg/dl \_\_\_\_ mg/dl  
*Werte eintragen oder fügen Sie die Überweisung Ihres Gynäkologen bei.*

## Bei welchen Fachärzten sind Sie in Behandlung?

Augenarzt                       Nierenarzt (Nephrologe)  
 Kardiologe                       Frauenarzt (Gynäkologe)

## Sind Sie bereits in einem Diabetes-Programm (DMP) der Krankenkasse eingeschrieben?

Ja                       Nein

## Was ist der Grund für Ihre Terminanfrage?

Mein Hausarzt/Facharzt/Gynäkologe hat mich geschickt  
 Ich möchte zu einem anderen Diabetologen wechseln  
 Ich benötige eine Zweitmeinung  
 Ich möchte eine Schulung besuchen

Name/Version	Erledigt am/von/was	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_EV V03		5.11.2023 DD	6.11.2023 KB	6.11.2023 DD	6.11.2023	1/2

## Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Name des Medikaments    Dosis (z.B. 10 mg)    Einnahme (z.B. 0-0-0-1)

Name des Medikaments	Dosis (z.B. 10 mg)	Einnahme (z.B. 0-0-0-1)

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