



NEUANMELDUNG

FÜR ÜBERWEISUNGSPATIENTEN MIT DIABETES MELLITUS

Wenn Sie eine Überweisung von Ihrem Hausarzt erhalten haben, setzen Sie sich bitte zunächst telefonisch mit uns in Verbindung. Wir vereinbaren mit Ihnen zwei Termine.

- 1** Zum ersten Termin wird Ihnen in unserem Labor Blut abgenommen. Kommen Sie dazu bitte zwischen 08.00 und 10.00 Uhr nüchtern in die Praxis und bringen Sie den Überweisungsschein und Ihre Chipkarte mit.
- 2** Beim nächsten Termin erfolgt die Auswertung bei Frau Dr. Frank. Dazu ist der ausgefüllte Diabetes-Fragebogen erforderlich, den Sie auf Seite 2 finden. Zusätzlich werden der Diabetes-Pass, das Blutzuckertagebuch, alle Diabetesmedikamente einschließlich Insulin und Pen sowie das Blutzuckermessgerät benötigt.

Ihr Hausarzt erhält in regelmäßigen Abständen einen Befundbericht über den Verlauf Ihrer Therapie.

FRAGEBOGEN DIABETES

1. Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

2. Hausarzt _____

3. Sind Sie bei Ihrem Hausarzt im DMP-Programm DIABETES eingeschrieben? Ja Nein

4. Seit wann ist der Diabetes mellitus bekannt?

5. Wann wurden Sie letztmalig vom Augenarzt untersucht?

6. Welche diabetischen Folgeerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

7. Sonstige Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Schilddrüsen- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankungen)?

8. Rauchen Sie? Ja Nein Fahren Sie Auto? Ja Nein

9. Haben Sie bereits an einer Diabetikerschulung teilgenommen? Ja Nein

10. Möchten Sie an einer Diabetikerschulung teilnehmen? Ja Nein

11. Welche Medikamente zur Diabetestherapie nehmen Sie ein, welches Insulin spritzen Sie?

12. Welche Medikamente nehmen Sie sonst noch ein?

13. Wie heißt Ihr Insulinpen?

14. Wie heißt Ihr Blutzuckermessgerät?

15. Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker?

Ihr Hausarzt erhält in regelmäßigen Abständen einen Befundbericht über den Verlauf Ihrer Erkrankung und die eingeleitete Therapie. Sollten Sie nicht am DMP-Diabetes teilnehmen, fragen Sie bitte Ihren Hausarzt danach. Eine Einschreibung ist für eine Behandlung in unserer Praxis ebenso wie die Teilnahme an einer für Sie speziell ausgewählten Schulung für Patienten mit Diabetes mellitus notwendig.

Datum _____ Unterschrift _____