



FRAGEBOGEN DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Name | Vorname

Geburtsdatum

Wie hoch ist ihr Blutdruck in der letzten Zeit?

Rauchen Sie?

 Ja Nein

Wie hoch ist Ihr aktuelles Gewicht?

EREIGNISSE SEIT DER LETZTEN DOKUMENTATION:

Schwere Unterzuckerung?

Augenärztliche Untersuchung seit der letzten Dokumentation durchgeführt?

Durchgeführt

nicht
Durchgeführt

Termin
vereinbart

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus?

Gehen Sie zum Podologen (medizinische Fußpflege)?

Ja

Nein

Nehmen Sie Metformin (Siofor)?
- Wenn ja, wie ist die Verträglichkeit?

Ja

Nein

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Ort | Datum

Unterschrift Patient