



## Haben Sie Diabetes-Folgeerkrankungen?

- Nierenerkrankung (diab. Nephropathie)  Nervenerkrankungen (diab. Neuropathie)  
 Augenerkrankung (diab. Retinopathie)  Diabetisches Fußsyndrom  Potenzstörungen

## Haben Sie folgende Infektionskrankheiten? WICHTIG!

- HIV- Infektion (Aids)  Hepatitis  Tuberkulose  
 Andere Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

## Welche sonstigen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? WICHTIG!

- Bluthochdruck  Fettstoffwechselstörung  Erhöhte Harnsäurewerte  Lebererkrankungen  
 Schilddrüsenerkrankung  Andere: \_\_\_\_\_

## Sind Allergien bekannt? (z.B. auf Medikamente?)

- Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Einnahmeplan)

- Keine  Ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus?

- Nein  Ja, wegen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

## Haben Sie einen Bypass, bzw. eine Gefäßerweiterung erhalten?

- Nein  Ja, wo? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Magenverkleinerungsoperation?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 24 Monaten beim Augenarzt?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

## Haben/ Hatten Sie eine Verletzung am Fuß? (z.B. eine Amputation, offene Wunden?)

- Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Haben Sie Schmerzen beim Gehen, die zur reduzierten Gehstrecke führt?

- Nein  Sie können mehr als 300m gehen  Sie können weniger als 300m gehen

Wann war Ihre letzte Tetanus-Impfung?  am: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Impfpass? Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

Rauchen Sie?  Nein  Ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Nein  Ja

**Bitte geben Sie diesen Bogen an der Abmeldung ab. Vielen Dank!**