

FRAGEBOGEN DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Name | Vorname

Geburtsdatum

Wie hoch ist ihr Blutdruck in der letzten Zeit?

 mmHg

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wie hoch ist Ihr aktuelles Gewicht?

 kg

EREIGNISSE SEIT DER LETZTEN DOKUMENTATION:

Schwere Unterzuckerung?

 mal

Augenärztliche Untersuchung seit der letzten Dokumentation durchgeführt?

Durchgeführt

nicht
Durchgeführt

Termin
vereinbart

Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus?

 mal

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 des Patienten