



# MKK

## Medizinisches Kompetenzkollegium Kamen

Gemeinschaftspraxis M. M. Nickertz Dr. med. K. König GbR

Allgemeinmedizin · Innere Medizin · Diabetologie · Endokrinologie



Westicker Str. 1 | 59174 Kamen | Tel. 02307-973720 | Fax 02307-9737220 | www.mkk-kamen.de | kontakt@mkk-kamen.de

### Diabetes Fragebogen:

Datum \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Diabetestyp:

Typ 1                       Typ 2 ohne Insulin  
 Andere Diabetestypen       Typ 2 mit Insulin                      seit wann: \_\_\_\_\_

Tabletten (Name): \_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_

Insulin (Name): \_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_

Morgens _____	Einheiten: _____
Mittags _____	Einheiten: _____
Abends _____	Einheiten: _____
Nachts _____	Einheiten: _____

Pen                       Spritze                       Pumpe

Tragen Sie einen Sensor ?       Ja                       Nein

Zigaretten/Tag: \_\_\_\_\_

Alkohol/Woche: Glas Bier/Wein: \_\_\_\_\_  
Schnäpschen: \_\_\_\_\_

Schulungen:       Ja                       Nein                      Wann? \_\_\_\_\_

Mitglieder einer Selbsthilfegruppe:  Ja  Nein

Gewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Blutdruck \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

### Erkrankungen:

Blindheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja:	neu in den letzten 12 Monaten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bypass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenversagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Amputation über Knöchel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja:	neu in den letzten 12 Monaten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Amputation unter Knöchel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwindel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzattacken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kribbeln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erektionsprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		"	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Augenarztbesuch

in den letzten 12 Monaten:

ja  nein

rechts

links

Grauer Star  ja  nein

ja  nein

Grüner Star  ja  nein

ja  nein

Augenschäden  ja  nein

ja  nein

Laserung  ja  nein

ja  nein

Sehschärfe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Füße:

rechts

links

Normales Schmerzempfinden  ja  nein

ja  nein

Geheilte Wunden  ja  nein

ja  nein

Offene Wunden  ja  nein

ja  nein