

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FD / Vers.-Nr.

**Ergänzungsfragebogen zu den Gesundheitsangaben lt. Antrag vom: \_\_\_\_\_  
bei bestehender Zuckererkrankung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Fragen:	Bitte Antwort ankreuzen und ergänzen:
<p>1. a) Gewicht zum jetzigen Zeitpunkt? b) Hat sich das Gewicht im letzten Jahr verändert?</p>	<p>ohne Kleidung: _____ kg Größe _____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, um _____ kg <input type="checkbox"/> abgenommen <input type="checkbox"/> zugenommen</p>
<p>2. Waren bzw. sind Familienangehörige/Verwandte auch zuckerkrank?</p>	<p>Verwandtschaftsgrad _____</p> <p>Therapie durch: <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Tabletten</p>
<p>3. a) Wann wurde die Zuckerkrankheit erstmals festgestellt? b) Erstbehandlung durch:  c) Wer führt die Behandlung zur Zeit durch?</p>	<p>Jahr: _____ <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II</p> <p>Name und Anschrift des Arztes: _____ _____</p> <p>Name und Anschrift des Arztes: _____ _____</p>
<p>4. a) Erfolgte eine stationäre Zuckereinstellung? b) In welcher Klinik? c) Wann erfolgten Schulungen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? von _____ bis _____ von _____ bis _____</p> <p>_____ _____</p>
<p>5. Wird ein Gesundheitspaß Diabetes geführt? Falls kein Gesundheitspaß Diabetes geführt wird, bitten wir um Vorlage der Laborwerte der letzten 12 Monate (HbA1c sowie Nieren- und Leberwerte).</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (<b>bitte in Kopie beifügen</b>)</p>
<p>6. a) Ist jemals ein Koma oder ein Zuckerschok aufgetreten? b) Besteht eine Neigung zur Unterzuckerung?</p>	<p>Koma: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____</p> <p>Schock: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

VE 075 05.06 668

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

7. Sind im Verlauf der Zuckerkrankheit Komplikationen aufgetreten (z.B. Sehstörungen, Nierenerkrankungen, Durchblutungsstörungen, Gefühlsstörungen der Beine, offene Beine)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ _____ _____
8. Wird der Blutzucker selbst gemessen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit <input type="checkbox"/> Stix <input type="checkbox"/> Gerät
9. a) Werden Spritzen verabreicht?  b) Wer injiziert?  c) Werden Tabletten genommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit <input type="checkbox"/> Insulinpen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <b>(bitte Insulinarten und Einheiten angeben)</b> _____ _____ _____  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? <span style="float: right;">Dosierung</span> _____ _____ _____
10. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wieviel? _____ seit _____ Jahren

**Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers

**Die Richtigkeit der Angaben wird ärztlicherseits bestätigt.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes

**Evtl. Kosten gehen zu Lasten des Antragstellers.**