



## Erstaufnahmebogen

Herzlich Willkommen in unserer Arztpraxis!

Da Sie uns heute zum ersten Mal besuchen, wollen wir Sie kennenlernen. Informationen zu Ihrer Krankengeschichte sind uns wichtig, um Sie bestmöglich und individuell beraten zu können. Mit dem Ausfüllen dieses Bogens haben auch Sie die Möglichkeit Ihren Termin gut vorzubereiten.

Vielen Dank!

### Persönliche Daten

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr betreuender Hausarzt? \_\_\_\_\_

Haben Sie der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zugestimmt? Nein  Ja

Weitere Fachärzte? \_\_\_\_\_

DMP: welches? \_\_\_\_\_ bei wem? \_\_\_\_\_

### Eigenanamnese

Diabetes Mellitus Typ 1  Typ 2  Andere

Seit wann? \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapie: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeit gegen vorangegangene Therapien? \_\_\_\_\_

Hat jemand in Ihrer Familie Diabetes? Nein   
Ja  Wer? \_\_\_\_\_

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Lebererkrankungen: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen (KHK): \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Durchblutungsstörung (pAVK): \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten (insb. auf Medikamente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EKG – letztmalig wann? \_\_\_\_\_

Röntgen Brustkorb – letztmalig wann? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie            Nein             Ja  Wie viel ca.? \_\_\_\_\_/ Tag

Augenarzt – letzte Vorstellung: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Lasertherapie: \_\_\_\_\_ Grüner/Grauer Star: \_\_\_\_\_

Fußuntersuchung letztmalig: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Wie war Ihr letzter Langzeitzucker (HbA1c-Wert)? \_\_\_\_\_ % Von wann? \_\_\_\_\_

Diabeteschulung letztmalig: \_\_\_\_\_

Diabetespass vorhanden:            Nein             Ja

Welches BZ-Messgerät oder CGM : \_\_\_\_\_

Name der Stechhilfe: \_\_\_\_\_

Auskunfts berechtigung/Rezeptübergabe an wen: \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung zur Befundübermittlung an den Hausarzt:

   Nein             Ja

Ich bin über die aktuelle Datenschutzverordnung informiert und stimme dem Erfassen, Speichern und Verarbeiten meiner Daten zu. Dies beinhaltet auch die Verwendung der privaten Kontaktdaten, inklusive Mailadresse, soweit uns diese bekannt gegeben wurden.

Einverständnis:            Nein             Ja

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

**Bitte bringen Sie zu Ihrem 1. Termin weiterhin mit:**

- Krankenhausberichte, Facharztbericht etc.
- Aktuelle Laborwerte (inkl. Urinstatus) und Befunde von Ihrem Hausarzt
- Aktuelle Blutzucker- und Blutdruckwerte
- Medikamentenplan (bitte Bundeseinheitlicher Medikationsplan, soweit vorhanden)
- Impfausweis
- Diabetespass (DDG oder Krankenkasse)
- Allergiepass
- Blutzuckermessgerät/CGM-Gerät/Stechhilfe/Teststreifen
- Insulinpens/-Pumpe (soweit vorhanden)
- Und was Ihnen sonst noch wichtig ist

Bitte planen Sie für den Aufenthalt in der Praxis 1 – 2 Stunden Zeit ein. Es wird unter anderem auch eine Fußuntersuchung durchgeführt.