

Fragebogen Diabetes

Kunde

Name

Strasse

Geschlecht

Geburtsdatum

Kundennummer

Vorname

PLZ / Ort

Tel.

eMail

Antragsnummer

Diagnose

Datum der Diagnose Letzte Konsultation

Körpergrösse cm Gewicht kg

Blutdruck (sys/dia) / mmHg behandelt Datum der Erhebung

Kontrollbefunde (letzte Resultate)	Ergebnis 1	Datum 1	Ergebnis 2	Datum 2	Ergebnis 3	Datum 3
Blutzucker	- nüchtern	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- 2 h postprandial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glykosyliertes Hämoglobin HbA1c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fructosamine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glukosurie	- nüchtern	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- 2 h postprandial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteinurie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mikroalbuminurie (Messeinheiten)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Azetonurie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Nein	Ja	Nähere Angaben	Daten
Höchste Blutzucker- oder HbA1c-Werte in den letzten 6 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unter medizinischer Kontrolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	seit <input type="text"/>
Compliance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	seit <input type="text"/>
Behandlung			Medikament	Dosierung
Orale Antidiabetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> seit <input type="text"/>
Insulin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> seit <input type="text"/>
Andere, z.B. Diät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	seit <input type="text"/>
Andere Medikamente		Wofür?	<input type="text"/>	
EKG				
- In Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> pathologisch <input type="text"/>
- Ergometrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> pathologisch <input type="text"/>

	Nein	Ja	Nähere Angaben	Daten
Komplikationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zerebrovaskuläre Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Periphere arterielle Gefäßkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nephropathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteinurie unbekannter Ursache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neuropathie des autonomen Nervensystems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Periphere Neuropathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	invalidisierend <input type="text"/>	<input type="text"/>
Rezidivierende Entgleisungen (Koma), Hypoglykämien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anzahl <input type="text"/> letztmals <input type="text"/>	<input type="text"/>
Koronare, zerebrale oder periphere Gefäßkrankheit vor Alter 60 in der Familienanamnese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Geschwister	
Erfolgten wegen des Diabetes Hospitalisationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	weshalb? <input type="text"/> wann? <input type="text"/>	
Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zigaretten Anzahl/Tag <input type="text"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pfeifen/andere Anzahl/Tag <input type="text"/>	
Ex-Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seit wann? <input type="text"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zigaretten Anzahl/Tag <input type="text"/>	
Hyperlipidämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Cholesterin total <input type="text"/> g/l <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin <input type="text"/> g/l <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Triglyzeride <input type="text"/> g/l <input type="text"/>	
			Behandlung <input type="text"/> seit <input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Syndrom X	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Täglicher Alkoholkonsum (in ml)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Wein <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Beer <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Aperitif <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Spirituosen <input type="text"/>	
Sind Ihnen noch andere Erkrankungen oder Leiden bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

Bemerkungen

nein ja

Anmerkungen

Sofern spezielle Untersuchungen durchgeführt wurden, bitten wir um Angabe der Resultate und Normwerte.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum:

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.