

## Diabetestherapie

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

Wer ist Ihr Augenarzt? \_\_\_\_\_

Spritzen Sie **Isulin**? ja  nein

Darreichungsform? Fertigen  Patrone  Insulinpumpe

Spritzen Sie Ihr Isulin selbst, oder einer Ihrer Angehörigen bzw ein Pflegedienst? \_\_\_\_\_

ggf. Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Welches Insulin nehmen Sie? Wie oft? Welche Dosis?

Name des Isuliens	Einheiten morgens	Einheiten mittags	Einheiten abends	Einheiten zur Nacht

Haben Sie einen **Korrekturfaktor**? Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_ mg/dl

**Seit wann** spritzen Sie Isulien? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Zielwert für den **Blutzucker bzw HbA1c-Wert**? \_\_\_\_\_

Wie häufig messen Sie Ihren Blutzucker? \_\_\_\_\_ pro Tag \_\_\_\_\_ pro Woche

Wie häufig treten bei Ihnen **Unterzuckerungen** auf? \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_ pro Monat

Ist bei Ihnen schon mal eine schwere Unterzuckerung aufgetreten, bei der Sie auf Hilfe angewiesen waren?

ja  nein

Wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Ab welchem Blutzuckerwert bemerken Sie eine Unterzuckerung? \_\_\_\_\_ mg/dl

Haben Sie schon einmal an einer **Diabetes-Schulung** teilgenommen? ja  nein

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

Welches **Blutzuckermessgerät** nutzen Sie? \_\_\_\_\_

Wie alt ist Ihr Blutzuckermessgerät? \_\_\_\_\_