

Geschäftszeichen :

An den
Kreis Steinfurt
Tecklenburger Straße 10
48565 Steinfurt

Diabetes-Fragebogen

-Zutreffendes bitte ankreuzen oder bitte in Blockschrift ausfüllen-

1. Die Behandlung erfolgt mit ...

- Diät
- folgendem Medikament: _____
- folgendem Insulinpräparat: _____
- nach festem Plan (bitte beifügen)
- berechnet nach Blutzuckerwert, geplanter körperlicher Aktivität & Mahlzeiten
- Insulinpumpe

2. Blutzuckermessungen mache ich...

- keine
- bei meinem behandelnden Arzt (Hausarzt/Facharzt)
- selbst Anzahl der täglichen Messungen: _____

3. Ich habe durch die Diabeteserkrankung folgende Einschränkungen in der Lebensführung (z.B. Unterzuckerungszustände/Hypoglykämien mit erforderlicher ärztlicher Behandlung, länger andauernde oder häufigere stationäre Behandlungen):

-Angaben ggf. auf der Rückseite fortführen-

Bitte reichen Sie Ihr **Blutzuckertagebuch** oder eine ähnliche Aufzeichnung (der letzten 2 bis 3 Monate) von Blutzuckermessungen und Insulingaben mit ein. Sie erhalten diese Unterlagen wieder zurück.
Sollten Sie bei langjährig bestehendem Diabetes und intensiver Insulin-Therapie kein Blutzuckertagebuch führen, so können Sie ausnahmsweise eine **aktuelle Aufzeichnung der Blutzuckermessungen und Insulingaben über mindestens 2 Wochen** beifügen.

Datum

Unterschrift

Anlagen

Folgende Unterlagen füge ich bei:
