

# Diabetes-Fragebogen

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu ihrem ersten Apotheken- oder Therapeutenbesuch mit.

Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....  
Straße:..... PLZ / Ort:.....  
Telefon:..... Beruf:.....

## Allgemeine Fragen und Basiswerte

Alter: ..... Größe: ..... Gewicht: ..... BMI: .....

**Harnsäure:** .....in mg/L    **Blutzucker (früh nüchtern):**.....in mmol/l    **Körperfettanteil:**.....%  
 zu Hoch                       zu Hoch                       zu Hoch  
 normal                          normal                          normal  
 mir unbekannt                 mir unbekannt                 mir unbekannt

Blutdruck Sys/Diast	Gesamtcholesterin In mg/dL	HDL-Colesterin in mg/dL	Triglyceride in mg/dL	Homocystein in µmol/L
.....	.....	.....	.....	.....
<input type="radio"/> zu Hoch	<input type="radio"/> zu Hoch	<input type="radio"/> zu Hoch	<input type="radio"/> zu Hoch	<input type="radio"/> zu Hoch
<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> normal
<input type="radio"/> zu tief	<input type="radio"/> zu tief	<input type="radio"/> zu tief	<input type="radio"/> zu tief	<input type="radio"/> zu tief
<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> unbekannt

**LDL- Cholesterin in mg/dL:** .....    **HbA1c:** .....

**Diagnosen:**     Typ I Diabetes     Typ II Diabetes     Schilddrüsenerkrankungen

**Wie oft messen Sie täglich Ihren Blutzucker?**     vor dem Essen     nach dem Essen  
 2-mal                       2-3-mal                       3- 4-mal                       > 4-mal

**Wie sind die Werte?**    Nüchtern:     < 3,9 mmol/l     3,9 – 5,6 mmol/l     > 5,6 mmol/l  
Nicht Nüchtern:  < 7,8 mmol/l     7,8 – 8,9 mmol/l     > 8,9 mmol/l

**Wann waren Sie das letzte Mal beim**    Augenarzt? .....    Kardiologe? .....

**Wie oft kontrollieren Sie Ihre Füße auf Verletzungen?**     oft     manchmal     selten     nie

Leiden Sie unter:	Ja	Nein
schlecht heilenden Wunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheitsgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuropathien, Kribbeln, Ameisenlaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Rauchen Sie?**     Nein     Ja, wie viel? .....

**Treiben Sie Sport?**     Nein     Ja  
Durchschnittlich..... mal pro Woche    Oder ..... Stunden pro Woche

**Sind sie im Freien (an der Sonne) unterwegs?**     Selten     manchmal     oft     täglich

## Körperliche Verfassung

	Nie	Selten	Häufig	Immer
Sind sie ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich gestresst/überfordert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind sie guter Laune?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind sie voller Energie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie entmutigt oder traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie Ihre Vitalität eingeschränkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behindern seelische Einschränkungen, Ihre Tätigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ernährungsgewohnheiten:

**Wie ist Ihre Flüssigkeitszufuhr am Tag?**     < 1 Liter     1-2 Liter     2-3 Liter     > 3 Liter

**Wie viele Stunden liegen zwischen den einzelnen Mahlzeiten?**     < 2     2-3     3-5     > 6

**Wie häufig verzehren Sie...**    Nie    gelegentlich    täglich    mehrmals täglich

Frische Salate (Rohkost)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflanzenöle (Sonnenblume, Raps)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avocado, Mandel, Kokos, Leinsamen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Butter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse, frische Gemüsesäfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurst, Geräuchertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obst, frische Obstsäfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißer Zucker, Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißes Salz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vollkornprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Backwaren aus weißem Mehl (Pizza, Kuchen, u.a.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frittiertes, Paniertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerfreie Kaugummis oder Bonbons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerhaltige Limonaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholische Getränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Haben Sie Beschwerden nach dem Genuss von:**    Nie    selten    häufig    immer

Obst, Säften, Limonaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Getreide (Brot, Müsli, Nudeln, Gebäck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milch und Milchprodukten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckeraustauschstoffen, Süßungsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käse, Rotwein, Dosen-Thunfisch, Salami, Sauerkraut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Leiden Sie an bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?**

Fruktose     Laktose     Gluten     Histamin     Pollen     Heuschnupfen

# Magen-Darm-Beschwerden

---

Wie häufig leiden Sie unter?

	Nie	Selten	Häufig	Immer
Sodbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstoßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Völlegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bauchkoliken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aphten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmgeräusche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(nächtliche) Muskelkrämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionen (Erkältung, Blasenentzündung, u.a.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antriebslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind bereits andere Erkrankungen des Darms oder des Magens bekannt?

- Nein     
  Colitis ulcerosa     
  Reizdarm     
  Magengeschwür     
  Morbus Crohn  
 Helicobacter pylorii     
  Sodbrennen     
  Magenschleimheutentzündung

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

.....

Sind Sie im Verlauf des letzten Jahres antibiotisch behandelt worden?

Nein

Ja    wegen:.....                      mit:.....

## Weitere Beschwerden

---

Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	Fußprobleme	<input type="radio"/>
Migräne	<input type="radio"/>	Gicht	<input type="radio"/>
Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	Augenbeschwerden	<input type="radio"/>
Nierenprobleme	<input type="radio"/>	Leberbelastung (Hepatitis, Alkohol)	<input type="radio"/>
Krebs, Krebsnachsorge	<input type="radio"/>	Multiple Sklerose	<input type="radio"/>
Herz- und Kreislaufproblemen	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>
erhöhter Cholesterinspiegel	<input type="radio"/>	Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	Neurodermitis	<input type="radio"/>
Entzündliche Erkrankungen, Rheuma	<input type="radio"/>	Allergie, Heuschnupfen	<input type="radio"/>
Arthrose, degenerative Erkrankungen	<input type="radio"/>	Akne	<input type="radio"/>
Alzheimer	<input type="radio"/>	Parkinson	<input type="radio"/>
Zahnprobleme	<input type="radio"/>	Amalgam, Metalle im/am Körper	<input type="radio"/>

## Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

-  
-  
-  
-  
-

**Rezeptfreie Medikamente:**

.....

**Nahrungsergänzungsmittel:**

.....

## Schlafgewohnheiten

---

**Wie viel Zeit ist zwischen der letzten Mahlzeit und dem zu Bettgehen?**

< 1 Stunde

2-3 Stunden

3-4 Stunden

> 4 Stunden

**Wann gehen Sie zu Bett?** .....

**Wann stehen Sie auf?** .....

**Können Sie gut einschlafen?** .....

**Werden Sie nachts wach?**  nein

ja, wann?.....

**geschätzte Schlafdauer:**  < 5 Stunden  5-6 Stunden  7-8 Stunden  > 8 Stunden

**Wie wachen Sie auf?**  ausgeschlafen  unausgeschlafen/gerädert  verkatert  benebelt

## Fragen an weibliche Personen

---

	Ja	Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie die Pille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine sehr starke Menstruation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Menstruationsbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Hinweise zum Datenschutz und zur Erklärung für den Patienten

Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeben. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Therapieergänzungsprofils.

Sie sind darüber informiert worden, dass die Apotheke keine Diagnosen stellt oder sonstige ärztliche Leistungen erbringt oder ersetzt und für Sie ausschließlich beratend tätig ist.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift