

**Patientenfragebogen**  
**Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Paul**

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

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

Strasse/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Telefon priv \_\_\_\_\_ Tel. ges.: \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**1. Allgemeine Angaben zur Diagnose**

1. Seit wann ist bei Ihnen Diabetes bekannt?

Jahr: \_\_\_\_\_

2. Welche Diabetes-Form wurde diagnostiziert?

Typ-1-Diabetes  Typ-2-Diabetes  Gestationsdiabetes  Andere: \_\_\_\_\_

3. Wer hat die Diagnose gestellt? (z. B. Hausarzt, Endokrinologe)

\_\_\_\_\_

4. Haben Sie Begleiterkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

**2. Ernährungsverhalten**

5. Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag ein?

\_\_\_\_\_ Mahlzeiten

6. Wie regelmäßig essen Sie?

Sehr regelmäßig (feste Zeiten)  Eher unregelmäßig  Unterschiedlich

7. Welche Lebensmittel essen Sie typischerweise? (Bitte pro Mahlzeit angeben)

- Frühstück:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Mittagessen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Abendessen:

---

---

---

- Zwischenmahlzeiten/Snacks: \_\_\_\_\_

8. Wie hoch schätzen Sie Ihren täglichen Kohlenhydratkonsum ein?

Niedrig  Mittel  Hoch  Unsicher

- Falls bekannt: Wie viele Kohlenhydrate (in g oder Broteinheiten) essen Sie pro Mahlzeit?

- Frühstück: \_\_\_\_\_ g/BE

- Mittagessen: \_\_\_\_\_ g/BE

- Abendessen: \_\_\_\_\_ g/BE

9. Wie oft essen Sie ballaststoffreiche Lebensmittel (z. B. Vollkorn, Salat, Gemüse, Hülsenfrüchte)?

Täglich  Mehrmals wöchentlich  Selten  Nie

10. Wie viel Obst essen Sie pro Tag?

Keins  1 Portion  2 Portionen  Mehr als 2 Portionen

- Welche Sorten bevorzugen Sie? \_\_\_\_\_

11. Verwenden Sie Süßungsmittel?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

12. Trinken Sie zuckerhaltige Getränke (z. B. Softdrinks wie Limo, Cola, Schorle, Säfte)?

Nein  Ja, wie oft: \_\_\_\_\_ pro Woche

13. Wie oft konsumieren Sie Fast Food oder Fertiggerichte?

Nie  Selten  Wöchentlich: \_\_\_\_\_  Täglich: \_\_\_\_\_

14. Achten Sie auf die glykämische Last Ihrer Mahlzeiten?

Ja  Nein  Unsicher, was das bedeutet

15. Haben Sie eine Ernährungsberatung erhalten?

Nein  Ja, wann und von wem: \_\_\_\_\_

16. Wie oft konsumieren Sie Alkohol?

Nie  Selten  Wöchentlich: \_\_\_\_\_  Täglich: \_\_\_\_\_

### **3. Beruf und Alltagsbewegung**

17. Welchen Beruf üben Sie aus?

\_\_\_\_\_

18. Wie würden Sie Ihre Tätigkeit beschreiben?

Sitzend (z. B. Büro)  Stehend/Gehend (z. B. Verkauf)  Körperlich anstrengend (z. B. Handwerk)

19. Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag?

\_\_\_\_\_ Stunden

20. Wie viel Bewegung haben Sie im Alltag außerhalb der Arbeit? (z. B. Treppensteigen, Spaziergehen)

Kaum  Wenig (bis 30 Min.)  Mittel (30–60 Min.)  Viel (> 60 Min.)

#### 4. Sport und körperliche Aktivität

21. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein  Ja, welche Art: \_\_\_\_\_

22. Wie oft und wie lange sind Sie sportlich aktiv?

\_\_\_\_\_ Mal pro Woche, jeweils \_\_\_\_\_ Minuten

23. Haben Sie Einschränkungen bei körperlicher Aktivität? (z. B. Gelenkprobleme)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

#### 5. Stressbelastung

24. Wie hoch schätzen Sie Ihre aktuelle Stressbelastung ein?

Niedrig  Mittel  Hoch

25. Welche Stressfaktoren gibt es in Ihrem Alltag? (z. B. Arbeit, Familie)

\_\_\_\_\_

26. Wie gehen Sie mit Stress um? (z. B. Entspannungstechniken, Hobbys)

\_\_\_\_\_

#### 6. Medikamente und Blutzuckermanagement

27. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (Bitte Name, Dosis und Einnahmezeit angeben)

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

28. Messen Sie Ihren Blutzucker regelmäßig?

Nein  Ja, wie oft: \_\_\_\_\_ pro Tag/Woche

29. Welche Blutzuckerwerte haben Sie typischerweise?

- Morgens (nüchtern): \_\_\_\_\_ mg/dl

- Nach Mahlzeiten: \_\_\_\_\_ mg/dl

- Vor dem Schlafengehen: \_\_\_\_\_ mg/dl

30. Verwenden Sie ein Insulinpräparat?

Nein  Ja, welches: \_\_\_\_\_ (z. B. Basalinsulin, Bolusinsulin)

31. Haben Sie Nebenwirkungen durch Medikamente?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

#### 7. Weitere gesundheitliche Aspekte

32. Rauchen Sie?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag  Ehemaliger Raucher

33. Haben Sie in den letzten 12 Monaten ungewollten Gewichtsverlust oder -zunahme bemerkt?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_ kg

34. Treten bei Ihnen Unterzuckerungen (Hypoglykämien) auf?

Nein  Ja, wie oft: \_\_\_\_\_ pro Woche/Monat

35. Haben Sie Symptome wie Müdigkeit, Durst oder Sehstörungen?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

### **8. Folgeerkrankungen durch Diabetes**

36. Augen: Haben Sie Probleme mit den Augen? (z. B. verschwommenes Sehen, Retinopathie)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? \_\_\_\_\_

37. Füße: Haben Sie Beschwerden an den Füßen? (z. B. Taubheit, Kribbeln, Wunden)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Wann waren Sie zuletzt bei einer Fußuntersuchung? \_\_\_\_\_

38. Herz: Haben Sie Herzprobleme? (z. B. Schmerzen in der Brust, Herzinfarkt)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Wann waren Sie zuletzt beim Kardiologen? \_\_\_\_\_

39. Gefäße: Haben Sie Durchblutungsstörungen? (z. B. kalte Beine, Schaufensterkrankheit)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

40. Nieren: Haben Sie Probleme mit den Nieren? (z. B. Protein im Urin, Niereninsuffizienz)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Wann wurde Ihre Nierenfunktion zuletzt geprüft? \_\_\_\_\_

### **9. Familienanamnese**

41. Gibt es in Ihrer Familie weitere Fälle von Diabetes?

Nein  Ja, bei wem: \_\_\_\_\_

### **10. Sonstiges**

42. Haben Sie Fragen oder Anliegen, die Sie mit Ihrem Arzt besprechen möchten?

\_\_\_\_\_

43. Gibt es etwas, das Sie über Ihren Alltag oder Ihre Gesundheit noch mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_