



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sind Sie bei einem Diabetesfacharzt angebunden? Falls ja, bei wem?

Sind Sie bei einem Nierenfacharzt angebunden? Falls ja, bei wem und wann waren Sie zuletzt dort?

Welche Medikamente bzw. Insuline nutzen Sie? Bitte nennen Sie auch Dosis und Häufigkeit der Einnahme.

Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Falls ja, wie lange, wie viele Zigaretten am Tag rauchen/haben Sie geraucht, E-Zigarette oder Zigaretten?

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt zur Kontrolle? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt zur Kontrolle? _____

Haben Sie Wunden? Falls ja, an welcher Stelle und seit wann?

Ausgefüllt am _____