

DMP Diabetes

Datum: _____

Name: _____

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Haben Sie Kribbeln/Taubheitsgefühl in den Füßen? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben Sie Wunden an den Füßen? Ja Nein

Waren Sie im Krankenhaus in den letzten 3 Monaten? Ja Nein

Hatten Sie Unterzuckerungen? Ja Nein

Bekommen Sie neue Medikamente für Zucker oder Blutdruck? Ja Nein

Habe Sie in den letzten 3 Monaten an einer Diabetesschulung teilgenommen? Ja Nein

Haben Sie Interesse an einer Diabetesschulung? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 3 Monaten beim Augenarzt? Ja Nein

Spritzen Sie Insulin? Ja Nein