

Fragebogen für Neupatienten

Damit wir Sie in unserer Einrichtung optimal betreuen können, benötigen wir vorab einige Angaben. Ohne diese Informationen können wir Ihnen aktuell keinen Termin anbieten.

Ihre Daten

Vorname, Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Telefon, Mobil: _____
E-Mail: _____
Krankenkasse: _____

Welche Art von Diabetes haben Sie?

Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 bekannt seit _____
HbA1c-Wert (Langzeitwert) in %: _____

Bei welchen Fachärzten sind Sie in Behandlung?

Augenarzt
 Nierenarzt (Nephrologe)
 Kardiologe

Sind Sie bereits in einem Diabetes-Programm (Disease-Management-Program, DMP) der Krankenkasse eingeschrieben?

Ja Nein

Was ist der Grund für Ihre Terminanfrage?

Mein Hausarzt/Facharzt hat mich geschickt
 Ich möchte zu einem anderen Diabetologen wechseln
 Ich benötige eine Zweitmeinung
 Ich möchte eine Schulung besuchen

Name/Version	Erledigt am/von/was	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_EV		5.4.2023	5.4.2023	5.4.2021	6.4.2023	1/2
V02		DD	KB	DD, KB		

