

# Quartalsbogen

**Nächster Termin (Datum, Uhrzeit):** \_\_\_\_\_  
**für (Name und Geburtsdatum):** \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen kurz vor Ihrem Termin und bringen Sie das Formular mit. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## Haben sich Ihre Kontaktdaten geändert?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

## Haben Sie den Hausarzt gewechselt? \*freiwillige Angabe, aber erforderlich für Befundweitergabe

Nein  Ja, bin jetzt bei: \_\_\_\_\_

## Haben Sie den Augenarzt gewechselt? \*freiwillige Angabe, aber erforderlich für Befundweitergabe

Nein  Ja, bin jetzt bei: \_\_\_\_\_

## Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung?

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

## Wenn Sie messen, wie war heute morgen Ihr Nüchternblutzucker?

Wert in mg/dl: \_\_\_\_\_

## Hatten Sie in den letzten drei Monaten eine schwere Unterzuckerung?

Nein  Einmal  Mehrmals

Wenn ja, mit Fremdhilfe (Notarzt, Krankenhaus?)  Nein  Ja

Wenn ja, mit Bewusstlosigkeit?  Nein  Ja

## Sind im letzten Quartal Allergien oder Unverträglichkeiten aufgetreten?

Nein  Ja, gegen: \_\_\_\_\_

## Haben Sie aktuell Beschwerden, Sorgen, Wünsche?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dokumentname	Version	Thema/Kapitel	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_RQV	V03		7.4.2021	1.4.2021	7.4.2021	8.4.2021	1/2
			DD	KB	DD		

**Ihre *aktuelle* Insulindosis?**     Nehme keine Insuline

Name des Insulins	Dosierung in IE

**Haben Sie *neue* Medikamente verordnet bekommen?**     Nein

Name des Medikaments	Dosis (z.B. 10 mg)	Einnahme (z.B. 0-0-0-1)

**Haben Sie *bestehende* Medikamente abgesetzt?**     Nein

Name des Medikaments	Dosis (z.B. 10 mg)	Einnahme (z.B. 0-0-0-1)

**Benötigen Sie Rezepte?**     Nein

Name des Medikaments/der Verordnung	Dosis (z.B. 10 mg)

## Datenschutz

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Dokumentname	Version	Thema/Kapitel	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_RQV	V03		7.4.2021	1.4.2021	7.4.2021	8.4.2021	2/2
			DD	KB	DD		