



INTERNISTIN | DIABETOLOGIN

SEIT 2023: AUSSCHLIESSLICH ONLINE KONSULTATIONEN

Termin-Vereinbarung per Mail oder Telefon erforderlich

MOBIL: 0172.172 36 11

E-MAIL: drelkeaustenat@gmail.com

Name (Nachname, Vorname, Titel)

Geburtsdatum / Geburtsort

Wohnanschrift (PLZ, Stadt, Straße, Hausnummer)

Typ 1
 Typ 2

Körpergewicht (in kg)

Körpergröße (in cm)

Diabetestyp (bitte ankreuzen /eintragen)

Ernährung

Tägliche BE/KHE-Zahl minimal maximal keine Ahnung

Anzahl Mahlzeiten/Tag minimal maximal absolut wechselnd

Diabetes Einstellung

nur Diät Tabletten Tabletten und Insulin GLP-1 Analogon reine Insulintherapie

Medikament Name Stärke	morgens Anzahl / IE	mittags Anzahl / IE	abends Anzahl / IE	zur Nacht Anzahl / IE	Sonderzeiten Anzahl / IE

Hinweis: Bitte alle Diabetesmedikamente eintragen (Name, Stärke, Uhrzeit, Anzahl, Insulineinheiten)
Pumpenträger bitte Bolusgaben und Basalraten-Summe eintragen

Insulin: BE Faktor (IE:BE/KHE)

morgens mittags abends feste BE/KHE/Tag

Ziel-Blutglukose

mg/dl oder mmol/L

Korrekturfaktor

mg/dl oder mmol/L

Blutglukose Selbstkontrolle ja nein wenn ja, wie

rCGM Gerät _____ FGM _____

mit Blutglukose Messgerät Anzahl der Messungen Tag | Woche | Monat

letzter HbA1c Wert vom _____ Datum einsetzen; Höhe nicht bekannt

Ort/ Datum

Unterschrift / Name in Druckbuchstaben