

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Es besteht ein(e) Diabetes Mellitus Typ I Diabetes Mellitus Typ II
 Schwangerschaftsdiabetes Gestörte Glukosetoleranz

Seit wann besteht die Diabetes-Erkrankung? _____ (Datum)

Zuletzt gemessener HbA1c-Wert _____ (mmol/mol) _____ (Datum)

Zuletzt gemessener Blutdruck _____ / _____ (mmHg) _____ (Datum)

Wann war die letzte Urinuntersuchung? _____ (Datum)

Was hat diese ergeben? Besteht eine Microalbuminurie? nein ja Spur + ++ +++

Besteht eine Proteinurie? nein ja Spur + ++ +++

Besteht eine diab. Nephropathie? nein ja

Besteht ein metabolisches Syndrom? nein ja (Bitte zuletzt gemessene Werte angeben, ggf. beifügen)

Körpermaße Größe _____ cm Gewicht _____ kg Bauchumfang _____ cm

Blutfettwerte CHOL _____ LDL _____ HDL _____ TG _____

Leberwerte GGT _____ GPT _____ GOT _____

Raucht die zu versichernde Person? ja nein, seit wann nicht mehr? _____ (Datum)

Es bestehen folgende Komplikationen: (bitte Befunde beifügen)

- Koronare Herzkrankheit / Myocardinfarkt Gangrän / Amputation / Blindheit
- Auffälliges Belastungs-EKG Verminderte Sehschärfe aufgrund fortgeschrittener Retinopathie
- Schlaganfall oder TIA Beginnende Retinopathie ohne verminderte Sehschärfe
- Hinweise auf pAVK / Zerebrovaskuläre Durchblutungsstörungen
- Neuropathien mit motorischen Funktionsstörungen / Autonome kardiovaskuläre Neuropathie
- Leichte Symptome / Zeichen peripherer nervaler Funktionsstörung nach Ausschluss anderer Ursachen

Familienanamnese: Wurde bei einem Verwandten I. Grades Diabetes festgestellt?

nein ja, Diabetes Typ I ja, Diabetes Typ II vor dem 60. Lebensjahr

Bestehen weitere Erkrankungen?

nein ja, welche? (Bitte Befund beifügen) _____

Ort, Datum

X _____
Stempel und Unterschrift des Arztes