

## Diabetologische Schwerpunktpraxis

Dr. med. Schopf / Dr. med. Mittermeier  
Fachärztinnen für Innere Medizin, Diabetologie



Münchener Str. 19  
85560 Ebersberg  
Tel.: 08092-2321370  
Fax: 08092-822427

Liebe Patienten,

herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für Ihren ersten Termin in unserer Praxis sollten Sie sich ca. 1 Stunde Zeit nehmen. Um Sie optimal betreuen zu können und um Ihre Zeit nicht unnötig in Anspruch zu nehmen, benötigen wir noch einige wichtige Angaben von Ihnen.

Wir bitten Sie daher, den unten aufgeführten Anamnesebogen entsprechend auszufüllen.

Des Weiteren bitten wir Sie folgendes zu Ihrem Termin mitzubringen:

- ✓ Versichertenkarte
- ✓ Überweisungsschein
- ✓ DMP-Bestätigung / Nachweis über Teilnahme am DMP Curaplan  
(Vordruck „Patientenerklärung zur DMP-Teilnahme“ im Anhang bitte ausfüllen)
- ✓ Laborwerte aktuell
- ✓ Medikamentenplan oder  
genaue Dosierung ihrer Medikamente im Anamnesebogen anbei angeben
- ✓ Augenarztbericht
- ✓ Urinbecher (Morgenurin)

falls vorhanden:

- ✓ Klinik- und Rehaberichte
- ✓ Gesundheitspass Diabetes
- ✓ Blutzuckertagebuch bzw. aktuelle Blutzuckerwerte
- ✓ Blutzuckermessgerät inkl. Zubehör
- ✓ Insuline, Insulinpens, Pen-Nadeln
- ✓ Insulinplan

Unserer Praxisräume befinden sich nun gegenüber der Kreisklinik Ebersberg,  
gleich neben der Tankstelle.  
Hinter dem Gebäude befindet sich ein Parkplatz, welchen Sie gerne nutzen können.  
Einen Parkausweis erhalten Sie dann bei uns in der Praxis.



## Diabetes Anamnese:

Diabetes mellitus Typ 1       Diabetes mellitus Typ 2       Andere

Wann wurde bei Ihnen das erste Mal Diabetes festgestellt?

Hatten Sie einen bekannten Schwangerschaft Diabetes? (*nur für Frauen*)

Ja       Nein

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?

Ja Wann?        Nein

Hat oder hatte jemand in Ihrer Familie Diabetes?

Ja Wer?        Nein

Messen Sie bereits Ihren Blutzucker?

Ja Welches Messgerät haben Sie?        Nein

Spritzen Sie Insulin?

Ja Seit wann?        Nein

Falls Sie Insulin spritzen, welches Insulin und wie viele Einheiten spritzen Sie?

Insulinname	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	BE-Faktor

---

## Medikamente:

*Bitte folgende Tabelle ausfüllen oder alternativ Medikamentenplan mitbringen!*

Medikament (Name)	Stärke (mg)	Morgens	Mittags	Abends

### Weitere Erkrankungen:

Unter welchen Sonstigen Erkrankungen leiden Sie?

- Bluthochdruck
- Schlaganfall
- Fettstoffwechselstörungen (hohe Blutfettwerte)
- Herzinfarkt
- Durchblutungsstörungen
- eingeschränkte Nierenfunktion
- Depressionen
- Fußwunden
- Augenerkrankungen
- Andere:

### Welche Anliegen haben Sie an uns:

- Verbesserte Blutzuckereinstellung
- Ernährungsberatung
- Hilfe beim Abnehmen
- Fußkontrolle / Behandlung von Wunden
- Besuch einer Diabetikerschulung
- Andere:

Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen frühzeitig abzusagen.

Sollten Sie bis zu Ihrem Termin noch Fragen haben, dann setzen Sie sich gerne unter der oben angegebenen Telefonnummer mit uns in Verbindung.

Wir freuen uns auf Sie,  
Ihr Praxisteam

## Diabetologische Schwerpunktpraxis

Dr. med. Schopf / Dr. med. Mittermeier  
Fachärztinnen für Innere Medizin, Diabetologie



Münchener Str. 19  
85560 Ebersberg  
Tel.: 08092-2321370  
Fax: 08092-822427

### Patientenerklärung zur DMP-Teilnahme

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

dass ich mich in das *(bitte ankreuzen)*

- DMP Diabetes mellitus Typ 1
- DMP Diabetes mellitus Typ 2
- DMP Asthma/COPD
- DMP KHK
- DMP Brustkrebs

eingeschrieben habe.

- Meine Teilnahme an den oben genannten Programmen habe ich nicht gekündigt.
- Eine Beendigung der Teilnahme an den oben genannten Programmen durch meine Krankenkasse ist mir nicht bekannt.
- Mit einer Weiterleitung dieser Erklärung an meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Diabetologische Schwerpunktpraxis

Dr. med. Schopf / Dr. med. Mittermeier  
Fachärztinnen für Innere Medizin, Diabetologie



Münchener Str. 19  
85560 Ebersberg  
Tel.: 08092-2321370  
Fax: 08092-822427

### **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Hiermit erkläre ich,

---

*(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)*

mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: bei der Praxis bekannt/hinterlegt

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift*

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.