

Bitte denken sie an ihren IMPFAUSWEIS!

DIABETESFRAGEBOGEN

Ermittlung des persönlichen Diabetes-Risikos



Ärzte team für ganzheitliche Gesundheit

Name, Vorname _____ m ☐ | w ☐

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Telefon _____

Email _____

Liebe Patientin, Lieber Patient,
dieser Fragebogen dient der
Ermittlung Ihres persönlichen
Diabetesrisikos.

RISIKOTEST

1. WIE ALT SIND SIE?

- | | | |
|--------------------|----------|--------------------------|
| Unter 35 Jahren | 0 Punkte | ☐ |
| 35 bis 44 Jahre | 1 Punkt | ☐ |
| 45 bis 54 Jahre | 2 Punkte | ☐ |
| 55 bis 64 Jahre | 3 Punkte | ☐ |
| älter als 64 Jahre | 4 Punkte | ☐ |

2. WIE IST IHR (BMI) BODY-MASS-INDEX

Körpergewicht in Kg
Körpergröße x Körpergröße in m
z.B. $72 \text{ kg} \div (1,70 \times 1,70) = 24,9 \text{ BMI}$
Die Bestimmung Ihres BMI kann in unserer Praxis
oder durch die Apotheke erfolgen.

- | | | |
|------------------|----------|--------------------------|
| BMI unter 25 | 0 Punkte | ☐ |
| BMI 25 bis 30 | 1 Punkt | ☐ |
| BMI höher als 30 | 3 Punkte | ☐ |

3. WELCHEN TAILLEN-UMFANG MESSEN SIE AUF HÖHE DES BAUCHNABELS?

(Wenn Sie kein Maßband zur Hand haben, verwenden Sie
doch ein Stück Schnur und nehmen Sie ein Lineal zu Hilfe).

- | Frau | Mann | |
|-------------|-------------|-----------------------------------|
| unter 80 cm | unter 94 cm | 0 Punkte ☐ |
| 80-88 cm | 94-102 cm | 3 Punkt ☐ |
| über 88 cm | über 102 cm | 4 Punkte ☐ |

4. WURDEN IHNEN SCHON EINMAL MEDIKAMENTE GEGEN BLUTHOCHDRUCK VERORDNET?

- Ja, 2 Punkte ☐ Nein, 0 Punkte ☐

5. WURDEN BEI IHNEN SCHON EINMAL BEI EINER ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG ZU HOHE BLUT DRUCKWERTE FESTGESTELLT?

- Ja, 5 Punkte ☐ Nein, 0 Punkte ☐

6. WURDE BEI MINDESTENS EINEM MITGLIED IHRER VERWANDSCHAFT DIABETES DIAGNOSTIZIERT?

- | | | |
|---|----------|--------------------------|
| Nein | 0 Punkte | ☐ |
| Ja, bei Elter, Bruder, Schwester, Kindern | 5 Punkte | ☐ |
| Ja, bei Großeltern, Tante, Onkel, Cousin oder Cousins | 3 Punkte | ☐ |

7. WIE OFT ESSEN SIE OBST, GEMÜSE ODER DUNKLES BROT (ROGGEN- ODER VOLLKORNBROT)?

- Nicht jeden Tag, 1 Punkt ☐ Jeden Tag, 0 Punkte ☐

8. HABEN SIE TÄGLICH AM STÜCK MINDESTENS 30 MINUTEN KÖRPERLICHE BEWEGUNG?

- Nicht jeden Tag, 2 Punkte ☐ Jeden Tag, 0 Punkte ☐

9. RECHNEN SIE BITTE DIE PUNKTE ZUSAMMEN:

FRAGEBOGEN ZUR HAUTKREBSVORSORGE

Patienteninformation

liebe Patientin, Lieber Patient,

Sie haben jetzt ab dem Alter von 35 Jahren einen Anspruch, sich alle 2 Jahre von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt auf verdächtige Veränderungen der Haut untersuchen zu lassen. Zur weiteren Abklärung werden Sie ggf. an eine Fachärztin/einen Facharzt für Dermatologie weiterüberwiesen. Eine Beratung über andere präventive Maßnahmen erfolgt zusätzlich im Rahmen der Hautkrebsvorsorge.

Die häufigste Krebserkrankung in Deutschland ist Hautkrebs. Früh erkannt, sind viele Hautkrebsarten sehr gut behandelbar. Die Hautkrebsvorsorge dient somit dem Erhalt Ihrer Gesundheit und Lebensqualität.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihre individuellen Risiken besser abschätzen kann.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname m ☐ | w ☐

Geburtsdatum

Beruf

Telefon

Email

FRAGENKATALOG:

Waren oder ist ein Verwandter ersten Grades (Eltern, Kinder) an einem malignen Melanom erkrankt? Nein ☐ Ja ☐

Waren Sie in der Vergangenheit schon einmal am **malignen Melanom** erkrankt? Nein ☐ Ja ☐

am **Basalkarzinom**? Nein ☐ Ja ☐

am **spinozellulären Karzinom**? Nein ☐ Ja ☐

Ist Ihnen in letzter Zeit eine Veränderung an Ihrer Haut aufgefallen? Nein ☐ Ja ☐

Wurden Sie im Rahmen einer Hautkrebsvorsorge von einer Ärztin/ einem Arzt überwiesen? Nein ☐ Ja ☐

Wenn **Ja**, welche Verdachtsdiagnose wurde gestellt? ☐ Malignes Melanom?
☐ Basalzellkarzinom?
☐ Spinozelluläres Karzinom?

Haben Sie bereits in diesem oder letzten Jahr ein Hautkrebs-Screening in Anspruch genommen? Nein ☐ Ja ☐