

DIABETES RISIKO-CHECKLISTE

Liebe Patientin,
lieber Patient,

Der TYP-2 Diabetes
Sicherlich spielen genetische und
biologische Faktoren eine Rolle in der
Entstehung von Altersdiabetes, man kann
jedoch durch Vermeidung der Risikofaktoren
die Wahrscheinlichkeit an Altersdiabetes
zu erkranken minimieren.

Füllen Sie folgende Risikocheckliste aus
und vereinbaren Sie einen Hausarzttermin
mit MEDIVISIT.

Bei Bedarf erfolgt eine ausführliche
Anamnese, körperliche Untersuchung
und eine Blutuntersuchung. Präventive
Maßnahmen werden erläutert. Abhängig
der Risikoeinschätzung und den persönli-
chen Bedürfnissen des Patienten erfolgen
noch weitere Blutuntersuchungen, sowie
eine fachspezifische, internistische
Mitbetreuung.

Dr. med. Ph. Veeckman
Hausarzt | Chirurg | Herzchirurg
Devrientstr. 4
76185 Karlsruhe

Termin nach Vereinbarung
Mobil: 0151 57857871
Fax: 0721 / 8303129
info@medivisit-ka.de
www.medivisit.de

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| Vorname: _____ | Nachname: _____ |
| Straße: _____ | PLZ/Ort: _____ |
| Telefon: _____ | Fax: _____ |
| Mobil: _____ | E-Mail: _____ |
| Geb.-Dat.: _____ | Krankenkasse: _____ |

**Ist bei Ihnen jemals eine Zuckerkrankheit
(Diabetes Mellitus) festgestellt worden?**

ja nein

Ihr Geschlecht:

männlich weiblich

Ihr Alter:

Ihre Körpergröße (in cm):

Ihr Taillenumfang (in cm):

Hatten Sie jemals oder haben Sie erhöhten Blutdruck?

ja nein

**Geben Sie Ihre durchschnittliche körperliche Aktivität in den
vergangenen zwölf Monaten in den folgenden Kategorien:**

Gartenarbeit (Stunden / Woche)

Radfahren (Stunden / Woche)

Sport wie z.B. Konditionstraining, Joggen, Tennis, usw. ...

Datum:

Unterschrift Patient/in:

Wie oft essen Sie Fleisch vom Rind, Schwein, Kalb oder Lamm?

___ x am Tag ___ in der Woche

Wie groß ist Ihre durchschnittliche Portion (in Gramm)?

Wie oft am Tag essen Sie Vollkornbrot?

**Wie viele Scheiben Vollkornbrot essen Sie durchschnittlich
am Tag?**

Wie oft trinken Sie Kaffee?

___ x am Tag

Wie viele Tassen?

___ x im Schnitt pro Mal

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

___ x am Tag ___ x in der Woche

Wie viele Gläser trinken Sie im Durchschnitt pro Mal?

Rauchen Sie?

Nie Raucher

Ehemaliger Raucher

Raucher: weniger als 20 Zigaretten pro Tag

Raucher: mehr als 20 Zigaretten pro Tag

