

Bitte urschriftlich zurück an:

Landratsamt Mittelsachsen
Abteilung Soziales
Referat Schwerbehindertenrecht
und Landesblindengeld
Frauensteiner Straße 43
09599 Freiberg

Fragebogen zur Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Aktenzeichen (soweit vorhanden):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

1. Die Behandlung erfolgt mit:

Diät

Tabletten

Name:

Dosierung:

Spritzen

Name:

Dosierung:

Wie oft am Tag?

Insulinpumpe

2. Blutzuckermessungen erfolgen:

keine

beim Hausarzt/ Facharzt

selbst Wie oft?

Blutzucker aus der Fingerkuppe

Gewebezucker über Sensor

3. Wenn Sie Insulin spritzen, erfolgt dies

nach festem Plan

berechnet nach Blutzuckerwert, geplanter körperlicher Aktivität und Mahlzeit

4. Bitte reichen Sie Ihre Blutzuckerdokumentation (der letzten 3 Monate) in Kopie ein, aus welcher die gemessenen Blutzuckerwerte, die jeweilige Insulindosierung sowie eine evtl. Dosisanpassung und besondere Ereignisse (z. B. Hypoglykämie) hervorgehen.

5. Welche Folgeerkrankungen resultieren aus der Zuckerkrankheit?

Folgeerkrankung

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

**letzte ärztliche
Vorstellung am:**

(Für weitere Angaben nutzen Sie ggf. eine Anlage.)

6. Welche besonderen Einschränkungen im Alltag resultieren aus der Zuckerkrankheit?

(Für weitere Angaben nutzen Sie ggf. eine Anlage.)

Datum:

Unterschrift: