

<u>Datum:</u>	ET:
Diabetes mellitus Typ _____, seit _____	
<u>Diabetes-Folgekrankheiten</u> / seit : <input type="checkbox"/> Keine	
<u>Andere Diagnosen:</u>	
<u>Befunde:</u>	
Gewicht vor der Schw.:	BMI:
Gewicht jetzt:	
RR:	
Letzter HbA1c vor Schw.:	
Datum:	
HbA1c bei erstem Termin in DSP:	
Mikral:	TSH:
<u>Medikation:</u>	
	Seit:
	Seit:
	Seit:
Behandelnder/de Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <hr/>

Praxis

<u>Insulintherapie:</u> <input type="radio"/> ICT <input type="radio"/> Pumpe <input type="radio"/> Andere:
Verwendete Insuline:

Datum	Befunde
1. Trimenon	
Augenhintergrund	
Mikral	
HbA1c	
2. Trimenon	
Augenhintergrund	
Mikral	
HbA1c	
3. Trimenon	
Augenhintergrund	
Mikral	
HbA1c	

Frauenarzt:

Entbindungsklinik:

Hebamme:

Hausarzt:

