

## Anamnese Diabetes mellitus

1. Jahr der Diagnosestellung \_\_\_\_\_

2. Diabetestyp                      Typ 1       Typ 2       sonstige: \_\_\_\_\_

3. Schulungen erhalten?              Ja       Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

4. Diabetestherapie

Medikament/ Dosierung	morgens	mittags	abends	Zur Nacht

5. BE-/Korrekturfaktor bei ICT

	morgens	mittags	abends
BE-Faktor			
Korrekturfaktor			