**Anamnesebogen Diabetes Typ 1**

**Name:**

**Seit wann haben Sie Diabetes Typ 1?**

**Besteht eine familiäre Belastung bzgl. Diabetes?**

**Haben Sie schon an einer Diabetesschulung teilgenommen?**

**Wenn ja, wann zuletzt?**

**Welches Blutzuckermessgerät verwenden Sie?**

**Tragen Sie einen CGM Sensor? Wenn ja, welchen?**

**ICT Patienten (Pens)**

**Name des kurzwirksamen Insulins:**

**Fertigpen Wechselpen Name des Pens:**

**Name des langwirksamen Insulins:**

**Fertigpen Wechselpen Name des Pens:**

**BE/KE Faktoren: morgens mittags abends nachts**

**Korrekturregel: morgens mittags abends nachts**

****

**CSII Patienten (Insulinpumpe)**

**Seit wann tragen Sie eine Insulinpumpe?**

**Name der Insulinpumpe/Version:**

**Name des kurzwirksamen Insulins:**

**BE/KE Faktoren: morgens mittags abends nachts**

**Korrekturregel: morgens mittags abends nachts**

**Gesamt Basalrate:**

**Basalrate:**

**0:00- 1:00Uhr 12:00-13:00Uhr**

**1:00- 2:00Uhr 13:00-14:00Uhr**

**2:00- 3:00Uhr 14:00-15:00Uhr**

**3:00- 4:00Uhr 15:00-16:00Uhr**

**4:00- 5:00Uhr 16:00-17:00Uhr**

**5:00- 6:00Uhr 17:00-18:00Uhr**

**6:00- 7:00Uhr 18:00-19:00Uhr**

**7:00- 8:00Uhr 19:00-20:00Uhr**

**8:00- 9:00Uhr 20:00-21:00Uhr**

**9:00- 10:00Uhr 21:00-22:00Uhr**

**10:00-11:00Uhr 22:00-23:00Uhr**

**11:00-12:00Uhr 23:00- 0:00Uhr**

**Gesamt Insulinmenge pro Tag?**

**Welche Katheter verwenden Sie?**

**Wie oft wechseln Sie den Katheter?**

**Vielen Dank!**