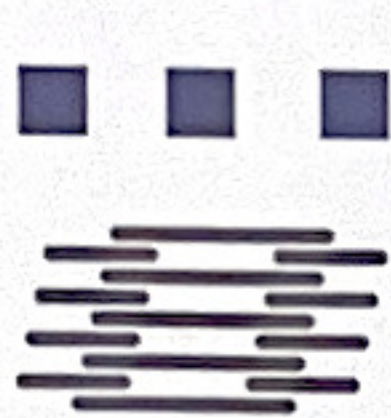




Privatärztliche Praxis Dr. med. Joachim Feulner Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Joachim Feulner - Carl-Thiersch-Str. 2 - 91052 Erlangen

Carl-Thiersch-Str. 2

91052 Erlangen

Tel.: 0 91 31 / 6 10 18 90

Fax.: 0 91 31 / 6 10 18 91

E-Mail: praxis@dr-feulner.de

Home: www.dr-feulner.de

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Sprechzeiten:

Mo - Do 9 - 12 Uhr

Mo + Do 15 - 17 Uhr

Di 16 - 19 Uhr

und nach Vereinbarung

Fragebogen zur Tauchtauglichkeit bei Diabetikern

Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns helfen, Ihre Tauchtauglichkeit in Bezug auf Ihre Diabetes mellitus-Erkrankung zu überprüfen. Bitte beachten Sie, dass der erste Fragenkomplex von Ihrer/m behandelnde(n) Ärztin/Arzt bestätigt werden muss, der zweite Teil von Ihnen persönlich.

	Ja	Nein
- orale antidiabetische Therapie unter 6 Monate	☐	☐
- Insulintherapie n. festem Schema unter 12 Monate	☐	☐
- intensivierte Insulintherapie mit BZ-adaptierter Insulindosierung unter 12 Monate	☐	☐
- diabetische Folgeerkrankungen nachweisbar	☐	☐
- HbA1c-Wert in den letzten 12 Monaten über 6,5%	☐	☐

- aktuelle Medikation: _____

- Anmerkungen: _____

(Datum, Stempel und Unterschrift der/des behandelnde(n) Ärztin/Arztes)

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - stark schwankende BZ-Werte in den letzten 12 Monaten
(<70 bzw. >200 mg/dl) | ☐ | ☐ |
| - Hypo-/ Hyperglykämien in den letzten 12 Monaten, bei denen
Sie auf fremde Hilfe angewiesen waren | ☐ | ☐ |
| - hypoglykämische Episoden unter sportl. Belastung | ☐ | ☐ |

Bitte beachten Sie: Falls eine oder mehrere Frage(n) mit „Ja“ beantwortet wurde(n), besteht keine Tauchtauglichkeit!

(Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten)

Fragebogen zur Tauchtauglichkeit bei Diabetes

Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns helfen, Ihre Tauchtauglichkeit in Bezug auf Ihre Diabetes mellitus-Erkrankung zu überprüfen. Bitte beachten Sie, dass der erste Fragebogen von Ihrem behandelnden Arzt/Arzt besichtigt werden muss, der zweite Teil von Ihnen persönlich.

- | Nein | Ja |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ |
| ☐ | ☐ |

- aktuelle Medikation

- Anmerkungen

- Anmerkungen

(Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arzt/Arzt)