

Bitte urschriftlich zurück an:

Stadt Leipzig  
Sozialamt  
Abteilung 50.6

04092 Leipzig

### Fragebogen zur Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. kurze Beantwortung der Frage)

**Aktenzeichen** (sofern vorliegend):

**Name der antragstellenden Person:**

**Geb.-Datum:**

In Ihrem Antrag haben Sie eine Zuckerkrankheit angegeben.  
Für eine korrekte und vollständige Bearbeitung benötigen wir folgende Angaben:

1) Die Behandlung erfolgt mit:

Diät

Tabletten

Name: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Spritzen

Name: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Wie oft pro Tag? \_\_\_\_\_

Insulinpumpe

2) Blutzuckermessungen erfolgen:

keine       beim Hausarzt/Facharzt       selbst      Wie oft? \_\_\_\_\_

3) Wenn Sie Insulin spritzen, erfolgt dies

nach festem Plan

berechnet je nach Blutzuckerwert, geplanter körperlicher Aktivität und Mahlzeit

Bitte reichen Sie Ihr **Blutzuckertagebuch** oder eine ähnliche Aufzeichnung (der letzten 3 Monate) in Kopie ein, aus der die jeweilig gemessenen Blutzuckerwerte, die jeweilige Insulindosierung sowie eine evtl. Dosisanpassung und besondere Ereignisse (z. B. Hypoglykämie) hervorgehen.

4) Welche Folgeerkrankungen resultieren aus der Zuckerkrankheit? (Geben Sie hierzu bitte Ihre behandelnden Ärzte mit an.)

5) Welche besonderen Einschränkungen im Alltag resultieren aus der Zuckerkrankheit in Ihrem Fall.

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: