

# ŞEKER HASTALIĞI EK BİLGİ FORMU

## Diyabet (Şeker Hastalığı) Soruları

Ne zamandır diyabet rahatsızlığınız var? Hangi tip diyabet?

Diyabet ilacı kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız isimlerini ve dozlarını belirtiniz.

Kan şekeriniz düzenli kontrol altında mıdır?

En son şeker tetkikleriniz ne zaman yapıldı ve kaç olarak ölçüldü?

Şeker yüksekliği veya düşüklüğü (hipoglisemi) nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

Son beş yıl içerisinde tedavinizde bir değişiklik oldu mu? Açıklayınız.

Kalp hastalığı, koroner arter hastalığı, yüksek kolesterol rahatsızlığınız var mı? Vücutta herhangi bir damarda tıkanıklık, pıhtı, kalp yetmezliğiniz var mı, geçmişte oldu mu? Açıklayınız.

Takip ve tedavisinde olduğunuz hekiminizin ismini ve telefon numarasını belirtiniz.

Boyunuz : cm

Kilonuz : kg

Spor yapıyor musunuz? Açıklayınız.

Herhangi bir diyet uyguluyor musunuz? Açıklayınız.

Sigara veya tütün kullanıyor musunuz? Ne kadar? Biraktıysanız ne zaman?

Alkol kullanıyor musunuz? Ne kadar ve ne sıklıkta?

Ad Soyadı :

Tarih :

İmza :

Cevaplarınız için teşekkür ederiz. Diyabet, kalp ve damar sistemi sağlığınız ile ilgili mevcut tıbbi belge ve sonuçlarınızı bu form ile birlikte göndermenizi rica ederiz.