



Testen Sie Ihr Diabetes-Risiko!

Mit dem vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIFE) entwickelten Risiko-Test können Sie Ihr persönliches Risiko ermitteln, innerhalb der nächsten 5 Jahre an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken. Der Test ist nicht anwendbar, wenn bei Ihnen bereits ein Diabetes bekannt ist.

Wie alt sind Sie in Jahren?

| | | | |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> < 35 | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> 55-59 | 13 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 35-39 | 1 Punkt | <input type="checkbox"/> 60-64 | 16 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 40-44 | 4 Punkte | <input type="checkbox"/> 65-69 | 19 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 45-49 | 7 Punkte | <input type="checkbox"/> 70-74 | 22 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 50-54 | 10 Punkte | <input type="checkbox"/> ≥ 75 | 25 Punkte |

Welchen Raucherstatus haben Sie?

| | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Ich habe nie geraucht. | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Ich habe mal ø weniger als 20 Zigaretten am Tag geraucht. | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> Ich habe mal ø 20 Zigaretten oder mehr am Tag geraucht. | 5 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Ich rauche ø weniger als 20 Zigaretten am Tag. | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Ich rauche ø 20 Zigaretten oder mehr am Tag. | 8 Punkte |

Sind Sie pro Woche min. 5 Std. körperlich aktiv? (z. B. Sport, Gartenarbeit, Radfahren)

| | | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> ja | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> nein | 1 Punkt |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|---------|

Ihre Körpergröße in Zentimetern

| | | | |
|----------------------------------|-----------|----------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> < 152 | 11 Punkte | <input type="checkbox"/> 176-183 | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 152-159 | 9 Punkte | <input type="checkbox"/> 184-191 | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 160-167 | 7 Punkte | <input type="checkbox"/> ≥ 192 | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 168-175 | 5 Punkte | | |

Wurde bei Ihnen Bluthochdruck festgestellt?

| | | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> ja | 5 Punkte | <input type="checkbox"/> nein | 0 Punkte |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|----------|

Wie groß ist Ihr Taillenumfang in Zentimetern?

| | | | |
|--------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> < 75 | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> 100-104 | 24 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 75-79 | 4 Punkte | <input type="checkbox"/> 105-109 | 28 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 80-84 | 8 Punkte | <input type="checkbox"/> 110-114 | 32 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 85-89 | 12 Punkte | <input type="checkbox"/> 115-119 | 36 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 90-94 | 16 Punkte | <input type="checkbox"/> ≥ 120 | 40 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 95-99 | 20 Punkte | | |

Wie viele Scheiben Vollkornbrot, -brötchen und Portionen Müsli (1P = 3EL) essen Sie pro Tag?

| | | | |
|----------------------------|----------|------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 0 | 5 Punkte | <input type="checkbox"/> 3 | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 | 4 Punkte | <input type="checkbox"/> 4 | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 2 | 3 Punkte | <input type="checkbox"/> > 4 | 0 Punkte |

Diabetes bei Ihren Eltern?

| | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Nein oder ist mir nicht bekannt. | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Ja, ein Elternteil ist erkrankt. | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Ja, beide Elternteile sind erkrankt. | 11 Punkte |

Wie oft essen Sie Rind-, Schweine- oder Lammfleisch? (keine Wurstwaren)

| | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> nie oder selten | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 1 - 2 mal pro Woche | 1 Punkt |
| <input type="checkbox"/> 3 - 4 mal pro Woche | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 5 - 6 mal pro Woche | 5 Punkte |
| <input type="checkbox"/> täglich | 6 Punkte |
| <input type="checkbox"/> mehrmals täglich | 8 Punkte |

Diabetes bei Ihren Geschwistern?

| | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Nein oder ist mir nicht bekannt. | 0 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Ja, mindestens ein Geschwisterkind ist erkrankt. | 6 Punkte |

Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie pro Tag?

| | |
|--------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 0 - 1 | 3 Punkte |
| <input type="checkbox"/> 2 - 5 | 2 Punkte |
| <input type="checkbox"/> > 5 | 0 Punkte |

Bitte vereinbaren Sie Ihren
persönlichen Beratungstermin!



Zur abschließenden Auswertung und Einschätzung Ihres Diabetesrisikos bringen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit in Ihre DiaRat®-Apotheke und nehmen Sie an der kostenlosen Blutzuckermessung teil. Das Team der DiaRat®-Apotheke erläutert Ihnen das Ergebnis und leitet bei Bedarf mit Ihnen notwendige Maßnahmen ein.