



## Anamnesebogen Diabetes

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

<b>Persönliche Daten</b>			
Vorname	.....	Nachname	.....
Geburtsdatum	.....		
Telefon	.....	Fax	.....
Mobil	.....	email	.....

### Eigenanamnese

Diabetes Mellitus Typ 1  2  Andere  Seit .....

Seit wann nehmen Sie Tabletten gegen Diabetes ? .....

Seit wann nehmen Sie Insulin ? .....

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Füßen |
| <input type="checkbox"/> Augen  | <input type="checkbox"/> Herz  |

Unter welchen sonstigen Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> hohe Blutfettwerte |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> andere .....       |

Wann war die letzte Augenkontrolle? .....

Ergebnis:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ohne Befund | <input type="checkbox"/> Netzhautschäden |
|--------------------------------------|--|

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig ?

Medikament (mit mg-Zahl)	morgens	mittags	abends

Welches Insulin nehmen Sie mit wieviel Einheiten (oder Faktoren)?

.....

Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie ? ..... mg / dl

Welchen Korrekturfaktor haben Sie ? I IE zusätzlich für ..... mg / dl

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrolle durch?

.....

Wie oft messen Sie den Blutzucker?

..... / Tag                      ..... /Woche

Wieviele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat ?

..... ,                      davon wieviele schwere                      .....

Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe .....

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung ?

- unter 40                       ab 60                       ab 80                       über 80 mg/dl

## Familienanamnese

Familienmitglieder mit Diabetes Mellitus (möglichst mit welchem Typ):

.....  
.....  
.....

## Sozialanamnese

Familienstand  allein lebend  mit Partner lebend  
 Kinder im Haus  berentet

Beruf .....

Hobbys .....

Sport (welcher) .....

## Allgemeine Anamnese

Ja Nein  
  Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel: ..... Zigaretten  
  Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: ..... Gläser / Woche

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen ?

Ja Nein  
  Wenn ja, wann und wo: .....

Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil ?

Ja Nein

## Wie sind Sie auf uns gekommen:

Hausarzt  Krankenkasse  Zeitung  
 Apotheker  Telefonbuch  
 Internet  Freunde  .....

**Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> verbesserte Einstellung                        | <input type="checkbox"/> Wissensbedarf (Schulung) |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung                             | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Abnehmen      |
| <input type="checkbox"/> Besuch der Fußambulanz                         | <input type="checkbox"/> Behandlung von Wunden    |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Kontrollen nach DDG-Gesundheitspaß |   |
| <input type="checkbox"/> andere: .....                                  |   |

**Soll Ihr Hausarzt einen Brief erhalten:**

Ja                       Nein       Name des Hausarztes: .....

**Dürfen wir Sie über Neuigkeiten informieren ? (Per Post / Email)**

Ja                       Nein

**Ich erteile hiermit die Erlaubnis bei Wunde(n) diese fotografisch zu dokumentieren.**

**Die Fotografie(n) meiner Wunde(n) dienen der Dokumentation, um den Heilungsverlauf genauer beobachten zu können. Die Fotodokumentation kann auch anonym für Falldarstellungen im Rahmen von Studien verwendet werden. Die Fotos werden in meiner Krankenakte archiviert und zu Zwecken der Wunddokumentation verwendet.**

**Des Weiteren willige ich ein, dass ein Portraitfoto von mir in meiner Krankenakte hinterlegt wird. Dieses Foto dient ausschließlich dazu, ein Vertauschen der Krankenakten zu verhindern.**

**Liebe Patienten!**

**Es kommt leider immer wieder vor, daß Patienten vereinbarte Termine nicht einhalten und nicht absagen.**

**Wir versuchen, uns Zeit für Sie zu nehmen und vereinbaren entsprechende Termine. Bei nicht eingehaltenen Terminen verlieren wir entsprechend diese Zeit, in der uns Leerräume entstehen.**

**Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Anderenfalls bitten Wir um Ihr Verständnis, daß wir eine Gebühr in Höhe von € 20,00 in Rechnung stellen müssen.**

**Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.**

.....  
Datum, Unterschrift