

Anamnesebogen Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Vielen Dank dafür!

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

→ **Wann wurde Ihr Diabetes festgestellt?** _____

→ **Diabetes-Typ:** 1 2 3 unbekannt

→ **Diabetes in der Familie** ja nein

Bei wem: _____

Diabetes-Typ: _____

→ **Haben Sie Kinder?** ja nein **wieviele:** _____

→ **Wie wird Ihr Diabetes bisher behandelt?**

Medikamente (oder Medikamentenplan beilegen):

bisher keine Therapie

mit diabetesgeeigneter Ernährung

→ **mit Insulin** ja nein

Wenn ja: ● seit wann: _____

● Insulininjektion wer? _____

● Vor oder nach dem Essen? _____

● Nadelstärke: _____

● Wechsel der Nadel wie oft?: _____

● Unterzuckerungen: wie oft pro Monat? _____

: mit Fremdhilfe? _____

→ **Wenn Unterzuckerungen: Ab welchem Wert merken Sie diese?**

- unter 40mg/dl
- ab 60mg/dl
- ab 80mg/dl
- über 80 mg/dl
- ich bemerke meine Unterzuckerungen gar nicht
- schwere Unterzuckerung mit Fremdhilfe in den letzten Jahren?

→ **Blutzuckerselbstkontrolle:** ja nein

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrolle durch?

Wie oft messen Sie den Blutzucker? _____ / Tag _____ /Woche

- **Augenarzt:**
- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| diab. Retinopathie: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | unbekannt <input type="checkbox"/> |
| Grauer Star: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | unbekannt <input type="checkbox"/> |
| operiert: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| Grüner Star: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | unbekannt <input type="checkbox"/> |
| operiert: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |

- **Niere:** Labor? ja (bitte beilegen) nein

- **Füße:** Haben Sie Beschwerden: ja nein
Wenn ja: seit wann: _____

welche: _____

Sind Durchblutungsstörungen bekannt: ja nein

Wenn ja: Hat deshalb schon einmal eine OP stattgefunden:

Wann: _____

Wo: _____

- **Herz:** Ist eine Herzkrankheit bekannt: ja nein

Wenn ja: seit wann: _____

welche: _____

Wenn ja: Hat deshalb schon einmal eine OP stattgefunden:

Wann: _____

Wo: _____

→ **Gewicht:** Hat sich Ihr Gewicht verändert? ja nein

Wenn ja: wann: _____

wie: _____

→ **Haben Sie bereits an einer Diabetes- oder Blutdruckschulung teilgenommen?**

Wenn ja: wo: _____

wann: _____

→ **Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt?**

- Wenn ja:**
- Schäden der Nervenfasern an den Füßen (Polyneuropathie)
 - Schädigungen der Nierenfunktion (Nephropathie)
 - Schädigung des Augenhintergrundes (Retinopathie)
 - Sexualfunktionsstörung
 - Schädigung des Herzens

→ **Unter welchen sonstigen Begleiterkrankungen leiden Sie?**

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Durchblutungsstörungen

→ **Welche Krankheiten sind bei Ihnen noch bekannt (bitte alle auflisten)?**

→ **Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? (auch Medikamentenunverträglichkeiten):**

→ **Sozialanamnese:**

Familienstand: allein lebend verheiratet
Kinder im Haus berentet

Beruf: _____

Hobby: _____

Sportliche Aktivität: ja nein

wenn ja: was: _____

→ **Rauchen Sie?** ja nein

Wenn ja: ____/Zigaretten am Tag

seit: _____

→ Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche? (Bier, Wein, sonstige Alkoholika):

→ Sind Sie im DMP (z. B. *Curaplan*) eingeschrieben? ja nein

→ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Apotheke	<input type="checkbox"/>	Freunde	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Zeitung	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>
Klinikaufenthalt	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>		



-lichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam