



Anamnesebogen Diabetes mellitus

Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis. Da die Diabetestherapie sehr
individuell ist, bitten wir Sie den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon zuhause: _____ Mobil/Handy: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Versichert bei welcher Krankenkasse: _____ privat versichert

Wer hat Sie überwiesen? _____

Teilnahme am DMP Diabetes (Disease Management Programm)? Ja Nein

Familienstand: allein lebend verheiratet / in einer Partnerschaft lebend

Kinder / Angehörige im Haus lebend

Beruf: _____ ich bin im Ruhestand

Hobbys: _____

Sportliche Aktivitäten: _____

Rauchen Sie? nein ja wie viele Zigaretten/Tag: _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja wie oft: _____ welchen: _____

Gibt es in Ihrer Familie weitere Familienmitglieder mit Diabetes?

Seit wann ist Ihnen Ihr Diabetes bekannt? Seit _____

Welcher Diabetestyp liegt bei Ihnen vor? Typ1 Typ2 Typ3 das weiß ich nicht

Für Frauen: Hatten Sie in einer Schwangerschaft Diabetes, wenn ja wann _____

Wie wird Ihr Diabetes behandelt?

keine Therapie nur mit Ernährung „Zucker“-Tabletten Insulin/e

Insulinpumpe, Modell: _____

Welche „Zucker“-Tabletten nehmen Sie ein?

Name der Zuckertablette	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Welche/s Insulin/e spritzen Sie wann und wie viele Einheiten (IE)?

Name des/der Insulin/e	morgens	mittags	abends	zur Nacht
	IE	IE	IE	IE
	IE	IE	IE	IE
	IE	IE	IE	IE

Haben Sie einen Spritzplan? nein ja

Nehmen Sie weitere Medikamente ein (alternativ Medikamentenplan beilegen)?

Sonstige Medikamente	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Blutzuckerselbstkontrolle:

Messen Sie Ihre Blutzuckerwerte am Finger? nein ja

Wenn ja, wann? _____

Blutzuckermessgerät Modell: _____

Sind Sie mit einem kontinuierlich messenden Sensor ausgestattet? nein ja

Wenn ja, welches?: _____

(z.B. FreeStyle Libre, Eversense, DexCom)

Hatten Sie schon Unterzuckerungen? nein ja ich bemerke sie nicht

Wenn ja, ab welchem Blutzuckerwert bemerken Sie die Unterzuckerung?

unter 40mg/dl unter 70mg/dl über 80mg/dl

Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat? _____

Hatten Sie schon Unterzuckerungen bei der Sie Fremdhilfe gebraucht haben ?

nein ja ich war dann im Krankenhaus

Wie hoch war Ihr letzter Langzeitzuckerwert (HbA1c)? _____ % am _____

Haben Sie Laborwerte mitgebracht? nein ja.

Haben Sie schon an einer Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen?

nein ja. Wenn ja wann und wo? _____

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen durch den Diabetes bekannt?

Nervenschäden an den Füßen (Polyneuropathie)

Erkrankungen der Niere (Nephropathie)

Schädigung des Augenhintergrundes (Retinopathie), Ihr letzter Augenarztbesuch war wann? _____

sexuelle Funktionsstörungen

Schädigungen am Herzen

Gibt es sonstige Erkrankungen?

Bluthochdruck Depressionen Durchblutungsstörungen

erhöhte Cholesterinwerte Rheuma Schlaganfall Übergewicht

Weitere: _____

Haben Sie Allergien?

Sonstiges:

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ihre Daten werden ausschließlich in Ihrer Patientenakte hinterlegt und werden nicht an Dritte weitergegeben.