



**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.**