



## Anamnesebogen Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal bezüglich der Diabetestherapie betreuen zu können, benötigen wir einige wichtige Angaben von Ihnen und bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen ausführlich auszufüllen. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. Vielen Dank! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter!

### **Persönliche Daten:**

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	
Telefon:	Mobil:
Hausarzt:	E-Mail:

### **Sozialanamnese:**

Familienstand	alleinlebend <input type="checkbox"/>	mit Partner lebend <input type="checkbox"/>
	Kinder im Haus <input type="checkbox"/>	
Berufstätig: <input type="checkbox"/>	Beruf:	
Berentet: <input type="checkbox"/>		
Sport		
Aktuelles Gewicht <input type="text"/>	Körpergröße <input type="text"/>	

### **Allgemeine Anamnese:**

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	<input type="text"/>	
Konsumieren Sie Alkohol	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Gläser/Woche?	<input type="text"/>	

## Anamnesebogen Diabetes mellitus



### FOLGE-/ UND ANDERE ERKRANKUNGEN:

Bestehen Folge-Erkrankungen durch den Diabetes mellitus an:

**Nieren**     Ja                       Nein  
                  eingeschränkte Nierenfunktion

**Herz/Gefäße**     Ja                       Nein

- Herzinfarkt/Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine/Schaufensterkrankheit
- Stentversorgung

Letztes EKG/LangzeitEKG? -----

**Augen:**     Ja                       Nein

Wann war die letzte Augenkontrolle? -----

Ergebnis:             ohne Befund             Netzhautschäden

**Erektionsstörung?**     Ja                       Nein

**Füße bzw. Folgeschäden an den Beinen?**             Ja                       Nein

(z. B. verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/Füßen? Missempfindung wie Kribbeln, Taubheitsgefühl?)

**Besteht bereits eine Polyneuropathie?**     Ja                       Nein

- Podologische Behandlung?
- Diabetische Einlagen?
- Spezielle Diabetesschuhe?

**Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle?** -----

**Unter welchen weiteren Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente?**

- Bluthochdruck
- Hohe Blutfettwerte
- Durchblutungsstörungen
- Andere -----



# Anamnesebogen Eigenanamnese

**EIGENANAMNESE:**

DIABETES MELLITUS TYP 1  TYP 2  SCHWANGERSCHAFTSDIABETES

ANDERE  SEIT WANN IST DIABETES BEKANNT?.....

BESTANDEN SYMPTOME, DIE ZUR DIAGNOSESTELLUNG FÜHRTEN?  JA  NEIN

(Z.B. VERMEHRTER DURST, HÄUFIGES WASSERLASSEN, GEWICHTSABNAHME, SCHWÄCHE, HÄUFIGE INFEKTE)

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE GEGEN DIABETES MELLITUS EIN?  JA  NEIN

SEIT WANN NEHMEN SIE TABLETTEN GEGEN DIABETES MELLITUS?

.....

SPRITZEN SIE INSULIN?  JA  NEIN WENN JA, SEIT WANN? .....

WELCHES INSULIN BZW. INSULINE NEHMEN SIE?

.....

**MIT WIEVIEL EINHEITEN?**

MORGENS	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT	BE-FAKTOR

WELCHEN BLUTZUCKERZIELWERT HABEN SIE? ..... MG/DL/MMOL/L

WELCHEN KORREKTURFAKTOR HABEN SIE? 1 IE ZUSÄTZLICH FÜR ..... MG/DL/MMOL/L

WELCHE NADELN BENUTZEN SIE ZUM SPRITZEN? .....

WIE OFT WECHSELN SIE DIE NADELN? .....

MIT WELCHEM GERÄT FÜHREN SIE DIE BLUTZUCKERKONTROLLEN DURCH?

.....

WIE OFT MESSEN SIE DEN BLUTZUCKER?

..... /TAG ..... /WOCHE

WIE VIELE UNTERZUCKERUNGEN HABEN SIE PRO MONAT?

..... , DAVON WIE VIELE SCHWERE .....

AB WELCHEM WERT MERKEN SIE EINE UNTERZUCKERUNG?

UNTER 40 MG/DL/2,2 MMOL/L  AB 60 MG/DL/3,3 MMOL/L

AB 80 MG/DL/4,4 MMOL/L  ÜBER 80 MG/DL/4,4 MMOL/L

ANZAHL DER UNTERZUCKERUNGEN IM LETZTEN JAHR MIT FREMDHILFE?

.....

FAMILIENMITGLIEDER MIT DIABETES MELLITUS (WELCHER DIABETES TYP)?

.....

**HABEN SIE BEREITS AN EINER DIABETES-SCHULUNG TEILGENOMMEN?**

JA  NEIN WENN JA, WANN UND WO?

.....

**NEHMEN SIE AM DMP-PROGRAMM DIABETES DER KRANKENKASSE TEIL?**

JA  NEIN

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikamente (mit mg-Angabe)	morgens	mittags	abends	seit wann?

Bitte geben Sie in vorstehender Tabelle entweder die Medikamente an, die Sie einnehmen oder bringen Sie uns einen **offiziellen Medikamentenbogen** von Ihrem Hausarzt mit.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Während der letzten Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Mehr als die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Manchmal	Zu keiner Zeit
1) ...fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt						
2) ...fühlte ich mich ruhig und entspannt						
3) ...fühlte ich mich aktiv und vital						
4) ...erlebte ich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren						

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns:

<input type="checkbox"/> Verbesserte Blutzuckereinstellung <input type="checkbox"/> Behandlung von Wunden <input type="checkbox"/> Wissensbedarf (Schulung) <input type="checkbox"/> Regelmäßige Kontrollen nach DDG-Gesundheitspass <input type="checkbox"/> Besuch der Fußambulanz <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Hilfe beim Abnehmen <input type="checkbox"/> Andere.....
---

**Allgemeine Hinweise:**

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 benutzt werden. Die Fotos werden in meiner Krankenakte archiviert und zu Zwecken der Wunddokumentation verwendet.

Lindlar, den .....

Unterschrift Patient .....

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 dieser Zeit, in der uns Leerräume entstehen. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mind. 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Ihr Praxisteam