



Anamnesebogen für Patienten mit Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient! Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:.....
 Geburtsdatum:.....
 Hausarzt:.....
 Telefon:Handy:.....
 E-Mail:.....
 Beruf:.....Arbeitgeber:.....

Seit welchem Jahr ist ein erhöhter Blutzucker bzw. Diabetes bekannt?.....

Welche Beschwerden / Symptome machten sich bemerkbar?.....

Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt?.....

Messen Sie eigenständig Ihren Blutzucker und welches Gerät haben Sie?.....

Haben Sie an einer Diabetes- oder Blutdruckschulung teilgenommen? Wann, Wo und welche?.....

Sind Sie im DMP / Cura Programm bei Ihrem Hausarzt eingeschrieben? Nein Ja

Wie sieht die jetzige Behandlung Ihres Diabetes aus?

- bisher keine Therapie es wurde diabetesgeeigneter gegessen
 Tabletten Insulin

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?
 Seit wann? Nähere Angaben:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Operationen/ Unfälle | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Sexualfunktionsstörungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankung | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel:Nicht mehr seit:.....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja
- Gegen Medikamente? Nein Ja
- Wenn ja, gegen welche:.....
- Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm) Wie viel wiegen Sie: (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Wenn Sie Insulin spritzen, geben Sie bitte die Dosierung an.

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

Familienanamnese

Ist/war jemand aus Ihrer Familie von Diabetes mellitus ebenfalls betroffen?.....

Sozialanamnese

Familienstand: Kinder:.....

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter

Sport (was & wie oft?)

Welche Essgewohnheiten sind Ihnen besonders wichtig und was würden Sie gerne verändern?.....

Wer kocht in Ihrem Haushalt?.....

Kommen Sie mit dem Insulinspritzen im Alltag / Beruf zurecht? Nein Ja

Der Blutzucker ist durch viele äußere Faktoren beeinflussbar! Gibt es momentan familiäre Konflikte? Nein Ja

Wer darf Auskunft über Sie erhalten und Ihre Rezepte abholen?.....

Wen können wir im Notfall kontaktieren?.....

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Daten zu folgenden Zwecken an die aufgeführten Stellen telefonisch, schriftlich oder aber auch als E-Mail oder Fax weitergegeben werden dürfen: Mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Klinik- und OP Zentren, Auftragslaboratorien zum Zwecke der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die bei Ihnen durchgeführt werden können, Pathologie, Privatverrechnungsstelle, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Medizinischer Dienst, Ärztekammer, Apotheken, Pflegeeinrichtung/Pflegedienst. Sie sind berechtigt, gem. SGB V § 73 Abs. 1 b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Emden, den _____ Unterschrift: _____



Ingrid Weber
Manuela Heeren
Dr. med. Marie Rauschel
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin / Diabetologie
Petkumer Str. 246-248
26725 Emden

Checkliste Diabetes / Neue Patienten

- Überweisung
- Anamnesebogen (auf unserer Website einsehbar)
- Laborberichte bzw. Werte vom Hausarzt / Überweiser
- Befunde / Arztbriefe
- Medikamentenplan; wenn nicht vorhanden, Verpackungen der einzunehmenden Medikamente.
- Blutzuckertagebuch und Blutzuckermessgerät (wenn vorhanden)
- Spritzbesteck (wenn vorhanden, Insulinpens, Nadeln)
- Diabetespass (wenn vorhanden)
- DMP / Cura Programm Nachweis (wenn Sie bei Ihrem Hausarzt bereits Eingeschrieben sind)