

Anamnesebogen

Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 oder Schwangerschaftsdiabetes

Patientenname: _____ Geb. Datum: _____

Um welchen Diabetes Typ handelt es sich?	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes
Seit wann bekannt (Monat/ Jahr):	
Welche Symptome hatten Sie bei der Feststellung? Polyurie? Polydipsie? Gewichtsverlust?	
Letzter HbA1c Wert:	Am: Wert: mg/dl
Letzte Blutabnahme und wo:	Datum: Praxis:
Wann wurde erstmals ein erhöhter Blutzucker gemessen:	Datum: Praxis/Selbstmessung:
Wann und in welchem Krankenhaus/ Praxis wurde Sie zuletzt wegen Diabetes behandelt?	Name: Adresse: Tel:
Zuletzt behandelnde Ärzte : z.B. Augenarzt, Kardiologe, Nierenarzt, Nervenarzt	Augenarzt: Kardiologe: Nephrologe: Neurologe:
Medikamente welche und seit wann:	
Insulin/ Welches Insulin/Einheiten Basal/Bolus:	Basal/Name: IE: Bolus/Name: IE:
Wie oft wird Nadel gewechselt:	<input type="checkbox"/> Nach jeder Injektion <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> jeden Tag
Insulinpumpe vorhanden / seit wann:	Name der Pumpe: Seit:
Blutzuckermessgerät/ Name:	
Wie oft messen sie:	<input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Morgens + Abends <input type="checkbox"/> Abends
Unterzuckerungen: Häufigkeit, wann zuletzt	<input type="checkbox"/> Wie häufig: <input type="checkbox"/> Wann zuletzt, Datum:

Blutzucker -Tagebuch:	<input type="checkbox"/> Ja, Kopie erstellt <input type="checkbox"/> Nein, wird neu ausgestellt
Glukosesensor/ seit wann:	Name des Sensors: Seit wann:
Im DMP aufgenommen: In welcher Praxis eingeschrieben?	<input type="checkbox"/> Ja, in Praxis <input type="checkbox"/> Nein, möchte Einschreibung <input type="checkbox"/> Nein möchte keine Einschreibung
An Diabetes- Schulung teilgenommen:	<input type="checkbox"/> Ja, in Praxis Am: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein, hat aber Termin am:
An Blutdruck- Schulung teilgenommen:	<input type="checkbox"/> Ja, in Praxis Am: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein, hat aber Termin am:
Hat Patient Gesundheitspass:	<input type="checkbox"/> Ja, Kopie erstellt <input type="checkbox"/> Nein, aber ausgestellt am:
Blutdruckmessgerät:	<input type="checkbox"/> Handgelenk-Manschette Name: <input type="checkbox"/> Oberarm-Manschette Name:
Doku von Blutdruck- Werte:	<input type="checkbox"/> Nein, wird ausgestellt <input type="checkbox"/> Blutdruckpass, Kopie erstellt
Letzter Besuch beim Augenarzt:	<input type="checkbox"/> Ja, am: Praxis: <input type="checkbox"/> Nein, Termin wird vereinbart
Füße bzw. Folgeschäden an den Beinen? (z.B. verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/Füßen? Missempfindung wie Kribbeln, Taubheitsgefühl?)	<input type="checkbox"/> Kribbeln (Ameisengefühl) <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl <input type="checkbox"/> Kein Gefühl in den Fußsohlen <input type="checkbox"/> Ruheschmerz <input type="checkbox"/> Offene Wunden (Doku liegt bei) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Letzte Abmessung/ Diabetische Fußmessung	<input type="checkbox"/> Am: Praxis: <input type="checkbox"/> Keine, Termin wird vereinbart
Wer pflegt Ihre Füße? Podologische Behandlung?	<input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> Podol. Praxis: <input type="checkbox"/> Rezept ausgestellt <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> WIRD AUSGESTELLT
Diabetische Einlagen? Spezielle Diabetesschuhe?	<input type="checkbox"/> Ja, ausgestellt von Am:

	<input type="checkbox"/> Nein
Spezielle Diabetesschuhe?	<input type="checkbox"/> Ja, ausgestellt von Am: <input type="checkbox"/> Nein
Welche Vorerkrankungen sind bei ihnen noch bekannt? Herz- Kreislauf, Gefäße, Lunge, Magen-Darm, Leber, Psyche)	
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, keine bekannt
Kommt Diabetes in Ihrer Familie vor? Wenn ja wer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kommen Herz- Kreislauf oder Gefäßerkrankungen in Ihrer Familie vor? Wenn ja, wer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Alkohol? Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja, täglich bis zu <input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen? Wenn ja, seit wann, wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/> Ja, Täglich bis zu Seit: <input type="checkbox"/> Nein, nicht mehr seit <input type="checkbox"/> Nein, noch nie
Treiben sie Sport? Und welchen	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> Nein
Wer kocht in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> Frau/Mann <input type="checkbox"/>
Was machen Sie/ machten Sie beruflich?	<input type="checkbox"/> Arbeiter, <input type="checkbox"/> Angestellter, <input type="checkbox"/> Selbständig, <input type="checkbox"/> Rentner/Pensionär
Was erhoffen Sie sich von uns bei der Behandlung Ihres Diabetes?	