**Anamnesebogen für Diabetiker**



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Alle Angaben sind freiwillig

**Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wann wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Beschwerden zur Zeit der Diagnosestellung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Therapeutische Behandlung nach Diagnosestellung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Aktuelle Medikation (alle Medikamente):

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Medikaments inkl. Dosierung** | **Einnahmezeitpunkt**  **morgens mittags nachmittags abends spät** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

5. Besitzen Sie ein Blutzuckermessgerät? Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Wie häufig messen Sie Ihren Blutzucker?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Wann haben Sie zuletzt an einer Diabetesschulung teilgenommen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl der leiblichen Kinder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Anzahl der leiblichen Geschwister:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🡪 Diabetes? □ Nein □ Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Personen mit Diabetes? Bitte kreuzen Sie an!

□ Mutter

□ Vater

□ Großeltern

□ Geschwister

□ Kinder

□ Nicht bekannt

11. Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Bisherige Vorerkrankungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Was machen Sie derzeit beruflich bzw. welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Herkunftsland/Sprache:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Rauchen Sie?

□ Nein □ Ja, Anzahl pro Tag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Gelegentlich

16. Sind Sie bei Ihrem Hausarzt im DMP-Programm (Cura-Plan) eingeschrieben?

□ Ja □ Nein Name des Hausarztes:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_