

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um Sie vorab kennen zu lernen und etwas über Ihr aktuelles Anliegen zu erfahren, füllen Sie bitte folgenden Anamnesebogen für uns aus.

Bei Unklarheiten sprechen Sie uns einfach an.

Ihr Praxisteam

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Beruf/Tätigkeit:	Nationalität:
Familienstand: Leben Sie alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betreuung durch Angehörige erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja, durch:	<input type="checkbox"/> Nein
Name Hausarzt:	
Überwiesen/empfohlen durch:	

An welchem Typ Diabetes leiden Sie? <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> bekannt seit: <input type="checkbox"/> nicht bekannt Symptome:	Gibt es Diabetes in Ihrer Familie? <input type="checkbox"/> Ja, folgende Personen: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein, ist mir nicht bekannt
--	--

Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ Zigaretten/Zigarren am Tag <input type="checkbox"/> Ja, Pfeife <input type="checkbox"/> Nein	Welche alkoholischen Getränke trinken Sie? <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Sekt/Wein: Gläser (0,2l) pro Woche: (x 18g) <input type="checkbox"/> Bier: Flaschen (0,5l) pro Woche: (x 20g) <input type="checkbox"/> Schnaps o.ä.: Gläser (2cl) pro Woche: (x 6g) (= g/Woche _____)
---	---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name	mo – mi – ab – na
Name	mo – mi – ab – na
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.
Orale Antidiabetika („Zuckertabletten“) seit:	

Ich spritze Insulin <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Insulinname + Einheiten morgens: _____ mittags: _____ abends: _____ spät: _____	Wie viel Bewegung haben Sie? pro Tag _____ pro Woche: _____ <input type="checkbox"/> so gut wie keine <input type="checkbox"/> Ich betreibe folgende Sportart(en): _____ _____
Name des Pens:	

Ist eines der folgenden Ereignisse in den letzten 12 Monaten vorgekommen?
<input type="checkbox"/> Behandlung durch den Notarzt wegen Diabetes? Wann:
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in einem Krankenhaus wegen Diabetes? Wann:

Bitte Rückseite beachten!!!

Leiden Sie an einer der folgenden Begleit- und Folgeerkrankung? Falls zutreffend, bitte Diagnosejahr angeben!	
<input type="checkbox"/> Es sind keine weiteren Erkrankungen bekannt	<input type="checkbox"/> diab. Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> diab. Nervenschädigungen
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ KHK	<input type="checkbox"/> Potenzstörungen/sexuelle Probleme
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Beine)	<input type="checkbox"/> diab. Augenschädigung
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> diab. Fußgeschwür
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure (Gicht)	<input type="checkbox"/> Unterzuckerungen (Wie oft?)
<input type="checkbox"/> sonstige Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige

Mein letzter Krankenhaus- Aufenthalt	Mein letzter Augenarztbesuch
war: _____ wegen: _____	war: _____ wegen: _____
Ich hatte bisher eine Fußuntersuchung	Mein Urin wurde bereits auf Eiweiß untersucht (Micraltest)
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Auffälligkeiten?
Das letzte EKG war:	Besitzen Sie einen Gesundheitspass?
Das letzte Labor war:	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe?	Hatten Sie bereits eine Raucherentwöhnung?
<input type="checkbox"/> Ja, in: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?	Haben Sie bereits an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen?
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie Interesse daran?	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie Interesse daran?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Messen Sie Ihren Blutzucker selbst?	Besitzen Sie ein Blutzucker-Tagebuch?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät Gerät: _____ Kontrolle des Harnzuckers: <input type="checkbox"/> Ja, _____ x pro Tag <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ ausgestellt durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wird von der Mitarbeiterin im Labor ausgefüllt!!			
Größe: _____	Gewicht: _____	aktueller BZ: _____	<input type="checkbox"/> nü <input type="checkbox"/> pp
Bauchumfang: _____	Hüftumfang: _____	HbA1c: _____	
BMI: _____		Cholesterin: _____	Triglyceride: _____
RR rechts: _____	RR links: _____	HDL: _____	LDL: _____
HF: _____		Kreatinin: _____	Harnsäure: _____