



→ Praxisteam bitte Etikett eindrucken

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.

Name/Vorname:		Geburtsdatum:	
Beruf/Tätigkeit:		Nationalität:	
Email-Adresse:			
Allergien:			
Familienstand:		Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Leben Sie alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Betreuung durch Angehörige erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja, durch: <input type="checkbox"/> Nein			
Kontaktdaten Hausarzt:			
Überwiesen/empfohlen durch:			
An welchem Typ Diabetes leiden Sie?		Gibt es Diabetes in Ihrer Familie?	
<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:		<input type="checkbox"/> Ja, folgende Personen: _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein, ist mir nicht bekannt	
Ich spritze Insulin		Wie viel Bewegung haben Sie?	
<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein Penname: _____ Insulinname + Einheiten: morgens: _____ mittags: _____ abends: _____ spät: _____		pro Tag _____ pro Woche: _____ <input type="checkbox"/> so gut wie keine <input type="checkbox"/> Ich betreibe folgende Sportart(en): _____ _____ _____	
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: _____			
Rauchen Sie?		Welche alkoholischen Getränke trinken Sie?	
<input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ Zigaretten/Zigarren am Tag <input type="checkbox"/> Ja, Pfeife <input type="checkbox"/> Nein		<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)	
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 <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie Interesse daran? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

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
Messen Sie Ihren Blutzucker selbst?	Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?
<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
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:	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

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