



Anamnesebogen Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Gesundheitszentrum und werden Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und gesamte Kompetenz widmen.

Um bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

A) Persönliche Daten

1. Name, Vorname: _____

2. Geburtsdatum: _____

3. telefonisch erreichbar (auch Handy): _____

4. E-Mail: _____

5. Familienstand: _____

6. Kinder: _____

7. Kontaktperson: _____

8. Hausarzt: _____

9. Beruf: _____

Vollzeit Teilzeit nicht berufstätig Rentner(in)

10. Stress: _____

11a. Diabetes seit: _____

11b. Insulin seit: _____

11c. Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden: ja nein



B) Medizinische Daten

12. Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____

13. aktueller HbA1c (wenn bekannt): _____

14a. Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv? beruflich: ja nein
in Ihrer Freizeit: ja nein

14b. Wie oft in der Woche: Anzahl Tage: _____ Dauer (min): _____

14c. Welche Sportarten? _____

15. Welche Hobbies? _____

16. Rauchen Sie? ja Wieviel Zigaretten am Tag (ca.)? _____

nein Ex-Raucher seit: _____

17. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel/Tante, Großeltern) bekannt?

17a. Herzkrankheit/Herzinfarkt: ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

17b. Blutzuckerkrankheit: ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

17c. Nierenerkrankungen: ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

17d. Schlaganfall: ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

17e. Augenerkrankungen: ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

17f. Krebs: ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

Welche Art? _____



18a. Welche der folgenden Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Cholesterin zu hoch |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes seit: _____ Typ: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit/Infarkt | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates | |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen (Haut/Fuß/Nagelpilz) | |

18b. Operationen: ja nein

Wenn ja, welche und wann? _____

18c. Sonstiges: _____

19. Regelmäßige Check-ups beim Hausarzt? ja nein

20. Wann war die letzte Untersuchung? _____

21. Haben Sie aktuelle Laborwerte dabei? ja nein

22. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie oft?

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht



C) Fragen zu Ihrem Diabetes

23. Nehmen Sie auf Grund der Zuckererkrankung Tabletten ein? ja nein

Wenn ja, welche und wann? _____

24. Spritzen Sie Insulin? ja nein

Wenn ja, welches, wieviel Einheiten und wann? z. B. *Basalinsulin, Mahlzeiteninsulin, Mischinsulin, etc.*

25. Haben Sie ein Blutzuckermessgerät? ja nein

Wenn ja, welches und seit wann? _____

26. Schreiben Sie Ihre Werte regelmäßig auf? ja nein

27. Messen Sie Werte unter 70 mg/dl? ja nein

28. Wie groß ist Ihre Angst vor Unterzuckerungen? gar nicht geht so sehr groß

29. Nehmen Sie Anzeichen einer Unterzuckerung wahr? ja nein

Wenn ja, welche? z. B.:
Zittern, Schwitzen, Sprachschwierigkeiten, Unruhe, Reizbarkeit, verlangsamte Reaktion

30. Haben Sie schon mal bei einer Unterzuckerung Fremdhilfe in Anspruch nehmen müssen?
 ja nein

31. Wissen Ihre Angehörigen Bescheid, was sie im Fall einer Unterzuckerung unternehmen müssen?
 ja nein

32. Haben Sie Fußprobleme (z.B. Missempfindungen, Ameisenkribbeln)?
 ja nein

33. Haben Sie eine Fuß- oder Zehenamputation? ja nein

34a. Sind Sie im Disease-Management-Programm (DMP)? ja nein

34b. Haben Sie einen DDG-Pass? ja nein



35. Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch? _____

36. Gab es auffällige Befunde (z. B. Netzhautschäden)? ja nein

37. Sind Sie in weiterer fachärztlicher Mitbehandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

38. Haben Sie schon mal an einer Diabetesschulung/Hyposchulung teilgenommen?
 ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

39. Sind Sie in podologischer/fußpflegerischer Behandlung? ja nein

D) Fragen zu Ihrer Ernährung

40. Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? 1 2 3 wie viele? _____

41. Bereiten Sie die Mahlzeiten selber zu? ja nein

42. Essen Sie Fast Food? nie selten häufig

43. Sind Sie Vegetarier/Veganer? ja nein

44. Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich? ca. _____ml

45. Welche Getränke (Kaffee, Tee, zuckerhaltige Getränke, Light-Getränke, Wasser) trinken Sie und wieviel?

46. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, was und wieviel? _____

47. Möchten Sie etwas an Ihrer Ernährung ändern? ja nein

Wenn ja, was? _____



48. Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an uns? _____

Bitte bringen Sie möglichst Ihre(n) letzte(n) Krankenhausbericht(e) und Laborbefund(e) mit.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen die Zeit genommen haben.

Ihr Gesundheitszentrum am Nordberg
Detlef Kobusch & Maren Herschel

Ort, Datum; Unterschrift Patient(in)