



## DIABETOLOGIE KAISERPASSAGE

### ANAMNESEBOGEN DIABETES

#### ANGABEN ZUR PERSON

Name und Vorname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort des Patienten/der Patientin

Straße, Hausnummer

Heutiges Datum

Beruf

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

#### VON WELCHEN ÄRZTEN WURDEN SIE ZULETZT BEHANDELT?

Hausarzt  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Augenarzt  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Kardiologe  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Nierenarzt  Nein  Ja, der Name: \_\_\_\_\_

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Ihr aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bei welchen Verwandten ist Diabetes bekannt? \_\_\_\_\_

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie zuletzt wegen Diabetes behandelt? \_\_\_\_\_

Wann und wo war die letzte Blutentnahme? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr letzter HbA1c-Wert? \_\_\_\_\_ % (Datum \_\_\_\_\_)

In welchem Jahr wurde erstmals ein erhöhter Blutzucker gemessen? \_\_\_\_\_

**Wenn Sie Diabetes-Tabletten nehmen: seit wann?** \_\_\_\_\_

**Welches Insulin/welche Insuline spritzen Sie? Zu welcher Uhrzeit und wie viele Einheiten?**

Insulin \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

Insulin-Einheiten \_\_\_\_\_

**Wenn Sie Insulin spritzen: seit wann?** \_\_\_\_\_

**Tragen Sie eine Insulinpumpe? Wenn ja: seit wann?** \_\_\_\_\_

**Welches Modell?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie ein Blutzucker-Messgerät?**  Nein  Ja, der Name ist: \_\_\_\_\_

**Wie oft messen Sie den Blutzucker?** \_\_\_\_\_/pro Tag \_\_\_\_\_/pro Woche

**Wie oft wechseln Sie die Nadel Ihrer Stechhilfe?** \_\_\_\_\_

**Schreiben Sie Ihre Blutzucker-Werte auf?**  Nein  Ja

**Haben Sie ein Blutzucker-Tagebuch?**  Nein  Ja, zuhause  Ja, dabei

**Tragen Sie einen Glukosesensor? Wenn ja, seit wann?** \_\_\_\_\_

**Welches Modell?** \_\_\_\_\_

**Anzahl der Unterzuckerungen im Monat:** ca. \_\_\_\_\_

**Haben Sie an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?**  Nie  Ja, zuletzt \_\_\_\_\_

**Haben Sie an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen?**  Nie  Ja, zuletzt \_\_\_\_\_

**Sind Sie ins DMP/Quartalsuntersuchung eingeschrieben?**

Nein  Ja  geplant  weiß nicht

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

<b>Name</b>	<b>Stärke (z.B. 10 mg)</b>	<b>Welche Tageszeit?</b>
-------------	----------------------------	--------------------------

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn Sie Blutdruck-Tabletten nehmen: seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Blutdruckmessgerät?  Nein  Ja (Oberarm)  Ja (Handgelenk)

Schreiben Sie Ihre Blutdruck-Werte auf?  Nein  Ja

Ihr letzter Besuch beim Augenarzt war am: \_\_\_\_\_

Der nächste Besuch beim Augenarzt ist geplant für: \_\_\_\_\_

Sind diabetesbedingte Augenschäden bekannt?  Nein  Ja

Sind chronische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Augen  Nein  Ja

Herz  Nein  Ja

Schlaganfall  Nein  Ja

Erhöhtes Cholesterin/Blutfette  Nein  Ja

Wunden an den Füßen (auch früher)  Nein  Ja

Durchblutungsstörungen der Beine  Nein  Ja

Lunge  Nein  Ja

Leber  Nein  Ja

Niere  Nein  Ja

Bauchspeicheldrüse  Nein  Ja

Wer pflegt Ihre Füße?  Sie selbst  Familie  Med. FuRpflege  Podologin

Haben oder hatten Sie Probleme mit Ihren Füßen?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

(Haben Sie erhebliche Probleme mit dem Sehen oder Hören?  Nein  Ja)

Treiben Sie Sport?  Nie  \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Rauchen Sie?  Nie  Ex-Raucher  ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag  Sonstige

Trinken Sie Alkohol?  Nie  gelegentlich  täglich

Wer kocht in Ihrem Haushalt?  selbst  Partner  übrige

Sind Allergien gegen Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt?  Nein  Ja

Was erscheint Ihnen im Zusammenhang mit Diabetes sonst noch berichtenswert?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_