



## 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 HbA<sub>1c</sub>-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?

| Name  | Stärke (z.B. 10 mg) | Welche Tageszeit? |
|-------|---------------------|-------------------|
| _____ | _____               | _____             |
| _____ | _____               | _____             |
| _____ | _____               | _____             |
| _____ | _____               | _____             |

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. Fußpflege ☐ 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. \_\_\_\_\_ Zig./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?

---

---

---