



## Anamnesebogen Diabetologie

*Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Privat: \_\_\_\_\_ Tel.-Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Augenarzt: \_\_\_\_\_

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

- Im Vorbeigehen       Telefonbuch / Gelbe Seiten       Stammpatient seit Jahren       Internet  
 Die Praxis wurde mir empfohlen von: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes (DMP) teil?       ja       nein

wenn ja, bei wem sind Sie eingeschrieben? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Termin beim Augenarzt? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Diabetes? \_\_\_\_\_

Welchen Typ Diabetes haben Sie?       Typ I       Typ II       Sonstige: \_\_\_\_\_

Welche Diabetesmedikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

Unter welchen Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus leiden Sie:

<input type="checkbox"/> Diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/> Diabetischer Nierenschaden	<input type="checkbox"/> Diabetische Retinopathie (Augenhintergrundveränderung)
<input type="checkbox"/> Arterielle Verschlußkrankheit	<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Sind Sie Autofahrer?       ja       nein

Rauchen Sie?       ja       nein      wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_/Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?       ja       nein      wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_/Tag



## Insulin

Sind Sie insulinpflichtig?  ja  nein wenn ja seit wann? \_\_\_\_\_

Welches Insulin spritzen Sie? Wie oft? Welche Dosis?

Name des Insulins	Einheiten morgens	Einheiten mittags	Einheiten abends	Einheiten zur Nacht

Haben Sie einen Korrekturfaktor?  ja  nein wenn ja welchen? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Blutzucker-Zielbereich? \_\_\_\_\_ mg/dl

## Unterzuckerungen

Wie häufig treten Unterzuckerungen auf? \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_ pro Monat

Hatten Sie schon einmal eine schwere Unterzuckerung, bei der Sie auf fremde Hilfe angewiesen waren?

ja  nein wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bei welchem Blutzuckerwert bemerken Sie eine Unterzuckerung? \_\_\_\_\_ mg/dl

## Schulungen

Haben Sie schon einmal an einer Diabetesschulung teilgenommen?  ja  nein

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Wo fand die Schulung statt? \_\_\_\_\_

## Lungenerkrankung

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Sonstige:
--	--	------------------------------------

## Herzerkrankungen/ erhöhter Blutdruck

<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzschwäche
<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz (welcher)	<input type="checkbox"/> Sonstige:



### Schilddrüsenerkrankung

<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Morbus Hashimoto
<input type="checkbox"/> Morbus Basedow	<input type="checkbox"/> Zustand nach Schilddrüsen OP	<input type="checkbox"/> Zustand nach Radiojod-Th.
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

### Autoimmune/Rheumatologische Gelenkerkrankungen

<input type="checkbox"/> chronische Polyarthrit	<input type="checkbox"/> Psoriasis Arthritis	<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

### Hauterkrankung

<input type="checkbox"/> Atop. Ekzem/Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/> Hautkrebs (welcher)
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

### Magen-Darm-Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Darmkrebs
<input type="checkbox"/> Darmpolypen	<input type="checkbox"/> Magengeschwüre/Gastritis	<input type="checkbox"/> Refluxkrankheit/Sodbrennen
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel Intoleranzen (welche)	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

### Fettstoffwechselerkrankungen/ Gicht

<input type="checkbox"/> hohes Cholesterin/Blutfette	<input type="checkbox"/> Hohe Harnsäure (Gicht/Hyperurikämie)
--	---



### Leber-/Gallenkrankheit

<input type="checkbox"/> Leberwerterhöhung	<input type="checkbox"/> Fettleber	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose
<input type="checkbox"/> chronische Hepatitis	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

### Nierenerkrankung

<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Polyzyst. Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nierensteine
<input type="checkbox"/> Häufige Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Sonstige:

### Psychiatrische Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Psychose
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

### Neurologische Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Schlaganfall/Apoplex	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Sonstige:	



### Rücken- und Gelenkbeschwerden

<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall (wo)	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Halswirbelsäulenschmerzen
<input type="checkbox"/> Sprunggelenkerkrankung	<input type="checkbox"/> Kniegelenksarthrose	<input type="checkbox"/> Hüftgelenksarthrose
<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/> Ellbogenschmerzen	<input type="checkbox"/> Sonstige:

### Sonstige

<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Leukämie
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, TBC) :		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

### Krebserkrankungen (auch ausgeheilte)

welche und wann: \_\_\_\_\_

### Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen

welche: \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)

welche und wann: \_\_\_\_\_

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein wenn ja, Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Dr. Renard & Kollegen mich über anstehende Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Behandlungen oder über wichtige ärztliche Befunde informiert. (ggf. streichen)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_