



Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrem ersten Arztkontakt aus.

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Beruf: _____ Hobbys: _____

Sind Sie **Autofahrer**? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Treiben Sie **Sport**? ja wie oft (pro Woche): _____ nein

Bewegen Sie sich regelmäßig? ja wie oft (pro Woche): _____ nein

Trinken Sie **Alkohol**? ja wie oft (pro Woche): _____ nein

Haben Sie **Allergien**? ja nein

Bitte geben Sie Ihre **Allergien** an: _____

Wer ist Ihr **Hausarzt**? _____

Welchen **Typ Diabetes** haben Sie? Typ1 Typ2 Sonstiger: _____

Seit **wann** haben Sie Diabetes? _____

Gibt es einen **konkreten Anlass** für Ihren Besuch? _____

Welche **aktuellen** Beschwerden haben Sie? _____

Welche **Folgeerkrankungen** des Diabetes haben Sie?

Gefäße: ja nein

Herz: ja nein

Niere: ja nein

Füße: ja nein

Augen: ja nein

Welche der folgenden **Erkrankungen** kommen **in Ihrer Familie** vor?

Diabetes Herzinfarkt Koronare Herzerkrankung (KHK)

Schlaganfall Bluthochdruck erhöhte Blutfette

bitte wenden!

Diabetestherapie

Spritzen Sie **Insulin**? ja nein
 Darreichungsform: Fertig-Pen Patrone Sonstiges _____
 Nutzen Sie eine **Insulinpumpe**? ja nein

Welches Insulin nehmen Sie? Wie oft? Welche Dosis?

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

Haben Sie einen **Korrekturfaktor**? Wenn ja, welchen? _____ mg/dl

Seit wann spritzen Sie Insulin? _____

Was ist Ihr **Zielwert für den Blutzucker bzw. HbA1c-Wert**? _____

Wie häufig messen Sie Ihren Blutzucker? _____ pro Tag _____ pro Woche

Wie häufig treten bei Ihnen **Unterzuckerungen** auf? _____ pro Woche _____ pro Monat

Ist bei Ihnen schon einmal eine **schwere Unterzuckerung** aufgetreten, bei der Sie auf Hilfe anderer angewiesen waren? ja nein

Wenn ja, wie häufig? _____ Wann zuletzt? _____

Ab welchem Blutzuckerwert bemerken Sie eine Unterzuckerung? _____

Haben sie schon einmal an einer **Diabeteschulung** teilgenommen? Ja nein

Wenn ja, wann zuletzt? _____ und wo? _____

Welches **Blutzuckermessgerät** nutzen Sie? _____

Wie alt ist das Gerät? Jünger als 1 Jahr 1-2 Jahre älter als 2Jahre

Sonstige Erkrankungen und Operationen

Sonstige Erkrankungen: _____

Operationen: _____



Medikamentenplan

(falls Sie uns einen aktuellen Medikamentenplan Ihres Hausarztes geben können, benötigen wir diese Seite nicht!)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Bitte tragen Sie Ihre Medikamente mit Ihrer Dosis und dem Zeitpunkt der Einnahme in die Tabelle ein.

Name der Medikamentes	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht