



Schwerpunktpraxis Diabetes & Rheuma
Berlin Wilmersdorf
Mecklenburgische Str. 20
10713 Berlin

Anamnesebogen Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal bzgl. der Diabetestherapie betreuen zu können, benötigen wir einige wichtige Angaben von Ihnen und bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen ausführlich auszufüllen. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

Vielen Dank! Bei Fragen, helfen wir Ihnen gerne weiter!

Persönliche Daten:

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	
Telefon:	Mobil:
Hausarzt:	Email:

Sozialanamnese:

Familienstand	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> mit Partner lebend
	<input type="checkbox"/> Kinder im Haus	
Berufstätig:	<input type="checkbox"/>	Beruf:
Berentet:	<input type="checkbox"/>	
Sport:		
Aktuelles Gewicht:	Körpergröße:	

Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten/tägl.?.....
Konsumieren Sie Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja wie viele Gläser/Woche?.....

Eigenanamnese:

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Schwangerschaftsdiabetes

Andere Seit wann ist der Diabetes bekannt?

Bestanden Symptome, die zur Diagnosestellung führten? Ja Nein
(z.B. vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Gewichtsabnahme, Schwäche, häufige Infekte)

Nehmen Sie Medikamenten gegen Diabetes mellitus ein? Ja Nein

Seit wann nehmen Sie Tabletten gegen Diabetes mellitus?

Spritzen Sie Insulin? Ja Nein Wenn ja seit wann?

Welches Insulin bzw. Insuline nehmen Sie?

Mit wieviel Einheiten?

morgens	mittags	abends	zur Nacht	BE-Faktor

Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie?mg/dl/mmol/l

Welchen Korrekturfaktor haben Sie? 1 IE zusätzlich fürmg/dl/mmol/l

Welche Nadeln benutzen Sie zum Spritzen?

Wie oft wechseln Sie die Nadeln?.....

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrollen durch?

.....

Wie oft messen Sie den Blutzucker?

..... / Tag / Woche

Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat?

....., davon wie viele schwere

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung?

unter 40 mg/dl/2,2 mmol/l ab 60 mg/dl/3,3 mmol/l

ab 80 mg/dl/4,4 mmol/l über 80 mg/dl/4,4 mmol/l

Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe?

Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (welcher Diabetes Typ)?

.....

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?

Ja Nein Wenn ja wann und wo?.....

Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil?

Ja Nein

WHO-Fragen zum Wohlbefinden: Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

Während der letzten Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Mehr als die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Manchmal	Zu keiner Zeit
1) ...fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt						
2) ...fühlte ich mich ruhig und entspannt						
3) ...fühlte ich mich aktiv und vital						
4) ...erlebte ich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren						

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns:

<input type="checkbox"/> Verbesserte Blutzuckereinstellung <input type="checkbox"/> Behandlung von Wunden <input type="checkbox"/> Wissensbedarf (Schulung) <input type="checkbox"/> Regelmäßige Kontrollen nach DDG-Gesundheitspass <input type="checkbox"/> Besuch der Fußambulanz <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Andere..... <input type="checkbox"/> Hilfe beim Abnehmen

Allgemeine Hinweise:

Ich erteile hiermit die Erlaubnis bei Wunde(n) diese fotografisch zu dokumentieren. Die Fotografie(n) meiner Wunde(n) dienen der Dokumentation, um den Heilungsverlauf genauer beobachten zu können. Die Fotodokumentation kann auch anonym für Falldarstellungen im Rahmen von Studien verwendet werden. Die Fotos werden in meiner Krankenakte archiviert und zu Zwecken der Wunddokumentation verwendet.

Berlin, den..... Unterschrift Patient

Liebe Patienten!

Es kommt leider immer wieder vor, dass Patienten vereinbarte Termine nicht einhalten und nicht absagen. Wir versuchen uns Zeit für Sie zu nehmen und vereinbaren entsprechende Termine. Bei nicht eingehaltenen Terminen verlieren wir entsprechend diese Zeit, in der uns Leerräume entstehen. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mind. 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Ihr Praxisteam