

Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis
mit Schwerpunkt Diabetologie Schweitzer / Windhövel
Münchener Straße 36
91567 Herrieden
Tel: 09825/5660, Fax: 09825/1750

www.aerzte-herrieden.de



Liebe Patientin, lieber Patient,

mit Ihrem Einverständnis würden wir Sie bitten, Ihre Krankengeschichte in diesem Anamnesebogen einzutragen. Dies dient zur Vereinheitlichung und rascheren Diagnosesicherung. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden Ihren Unterlagen beigelegt und im Computer gespeichert. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Persönliche Daten:

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum: _____
Telefon _____ Mobil _____

Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil?

Nein Ja. Bei wem? _____

ANAMNESEBOGEN DIABETES:

Diabetes Mellitus Typ 1 2 andere Seit _____

Seit wann nehmen Sie Tabletten gegen Diabetes? _____

Seit wann nehmen Sie Insulin? _____

Sind Sie Insulinpumpenträger (CSII) Nein ja Pumpenmodell: _____

Wurde bei Ihnen eine Diabetes-Schulung durchgeführt? Nein ja wann? _____
wo? _____

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an Nieren Füßen Augen?

Unter welchen sonstigen Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende
Medikamente? Bluthochdruck hohe Blutfettwerte

Durchblutungsstörungen: Schlaganfall
 Herzinfarkt
 PAVK

Wann war die letzte Augenkontrolle? _____

Ergebnis: unauffällig Netzhautschäden

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Falls vorhanden, bitte Medikamentenplan mitbringen.

Welches Insulin nehmen Sie mit wieviel Einheiten (oder BE/KE-Faktoren)?

Mahlzeitinsulin: _____

Basalinsulin: _____

Falls vorhanden, bitte Insulinplan und Basalratenprofil mitbringen.

Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie?

tagsüber: _____ mg / dl nachts: _____ mg / dl

Welchen Korrekturfaktor haben Sie?

1 IE zusätzlich für _____ mg / dl

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrolle durch? _____

Wie oft messen Sie den Blutzucker? _____ / Tag oder _____ / Woche

Wird eine rtCGM oder FGM durchgeführt? Wenn ja, welches Gerät? _____

Wieviele Unterzuckerungen hatten Sie im letzten Jahr? _____

davon schwere mit Fremdhilfe: _____

Familien- und Sozialanamnese:

Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (möglichst mit welchem Typ):

Familienstand

allein lebend mit Partner lebend Kinder im Haus in Rente

Beruf: _____

Vegetative Anamnese

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja _____/Tag nein

Rauchen Sie? ja _____/Tag nein

Allergien: _____

Gewichtsverlauf: Abnahme Zunahme gleichbleibend

Wasserlassen: unauffällig

problematisch (gehäufte Infektionen, Blasenentleerungsstörung)

Körpergröße: _____ cm, aktuelles Gewicht: _____ kg

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns?

verbesserte Einstellung Wissensbedarf (Schulung) Ernährungsberatung

Hilfe beim Abnehmen Besuch der Fußambulanz DMP

andere: _____

Name des Hausarztes:

Wie sind Sie auf uns gekommen?

Hausarzt Krankenkasse Zeitung Apotheker

Telefonbuch Internet Freunde _____

Ort: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____