



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Nehmen Sie sich bitte ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Fragebogen möglichst vollständig aus. Vielen Dank!

A

## Angaben zur Person

K S

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

Mobil-Telefon

PLZ

Ort

email

Ihr (bisheriger) Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ihr überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

## Familie / Soziales

X SOZ

Familienstand:  ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  verwitwet seit \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? Wie alt? \_\_\_\_\_

Wer lebt mit im Haushalt? \_\_\_\_\_

Betreut Sie ein Pflegedienst? \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Vorsorgevollmacht  ja  nein  
Patientenverfügung  ja  nein

## Beruf

X SOZ

Ihr Beruf / ihre Ausbildung: \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie  nein  
im Schichtdienst?  Tag-  Früh-  Spät-  Nachtschicht \_\_\_\_\_

Haben Sie einen  nein  
Schwerbehindertenausweis?  ja, GdB \_\_\_\_\_ Kennz.:  G  GI  aG  B  BI  H  RF

Sind Sie derzeit krank  nein  
geschrieben?  ja, seit wann: \_\_\_\_\_ weshalb: \_\_\_\_\_

## Gewohnheiten

X SOZ

Ihre Hobbys: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie oder haben Sie  
geraucht? Wieviel? Seit/bis wann? \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie Alkohol?  
Bier? Wein? etc.? \_\_\_\_\_

Ihre Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg



## Chronische Erkrankungen



### Koronare Herzerkrankung? Wann?

z. B. Herzinfarkt, Herzkatheter, Stentimplantation, Bypass-OP, Herzschwäche

---

### Herzrhythmusstörungen? Wann? Seit wann?

z. B. Vorhofflimmern, Herzstillstand, Herzschrittmacher, implantatierter Defibrillator

---

### andere Herz-Kreislaufferkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Gefäßverengungen, -verschlüsse, Gefäßoperationen

---

### neurologische Erkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Schlaganfall, Lähmungen, Carpaltunnelsyndrom, Polyneuropathie

---

### Nierenerkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Nierenschwäche, Dialysebehandlung, Nierenkrebs, Nierenoperationen

---

### Lungenerkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Asthma bronchiale, COPD, Lungenemphysem, Schlafapnoe-Syndrom, Lungenkrebs

---

### Stoffwechselerkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Hohe Blutfette, Schilddrüsenunter- oder überfunktion, Harnsäureerhöhung, Gicht

---

### Lebererkrankungen? Wann? Seit wann?

z. B. Hepatitis, Fettleber, Leberzirrhose, Leberkrebs

---

### Erkrankungen des Verdauungstraktes? Wann? Seit wann?

z. B. Refluxerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Darmkrebs

---

### Operationen? Sonstige chronische Erkrankungen? Allergien? Seit wann?

z. B. Mandel-, Blinddarm-, Gallenblasen-, Leistenbruch-Operation

---

## Leidet in Ihrer Familie jemand an chronischen Krankheiten?



Wer (Eltern, Geschwister, Kinder)

Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, KHK, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---



Spritzen Sie **Insulin**? Geben Sie bitte Präparat und Dosierung an:

Insulin	verwendeter Pen	seit wann?	morgens	mittags	abends	spät
BE-Faktor						
Korrekturfaktor						
Korrekturziel / BZ-Zielwert						

Welche anderen Medikamente nehmen Sie gegen **Diabetes** ein?

Medikament	Stärke	seit wann?	morgens	mittags	abends	spät

Welche **weiteren** Medikamente nehmen Sie ein? (Medikamentenplan bitte mitbringen)  
 Nennen Sie bitte auch Medikamente, die nicht ärztlich verordnet sind.

Medikament	Stärke	morgens	mittags	abends	spät

Sind Medikamentenunverträglichkeiten aufgetreten?

Medikament	Unverträglichkeit /Nebenwirkung	wann

**Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!**





# Anamnesebogen bei Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie bestmöglich betreuen und beraten zu können, bitten wir Sie, die Fragen auf den folgenden Seiten genau zu beantworten.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bitte bringen Sie zu ihrem **ersten** Termin folgendes mit:

- einen Nachweis über Ihre **Einschreibung in das DMP** vom Hausarzt
- einen aktuellen **Medikamentenplan** oder alle Medikamente, die Sie zur Zeit nehmen
- Ihren letzten **augenärztlichen** Befund
- Ihre letzten **Laborwerte**
- aktuelle Krankenhaus- oder Arztberichte
- Ihr Ernährungsprotokoll (falls erstellt)
- Ihren „Gesundheits-Pass“ Diabetes (Diabetespass, meist blau)
- Ihr Blutzuckertagebuch
- Ihr Blutzuckermessgerät, Stechhilfe und Lanzetten
- Falls Sie Insulin spritzen, Ihre Insulinpens und Nadeln

Bitte bringen Sie zu **jedem** Termin grundsätzlich folgendes mit:

- Ihr Blutzuckertagebuch
- Ihr Blutzuckermessgerät
- aktuelle Laborwerte Ihres Hausarztes
- aktuelle Berichte von anderen Ärzten

Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, geben Sie uns bitte Bescheid.

**Ihr Praxisteam**



---

 Nachname

---

 Vorname

**Diabetesdiagnose**
 DM

- Seit wann ist bei Ihnen ein erhöhter Blutzucker / Diabetes bekannt? \_\_\_\_\_
- Aus welchem Anlass wurde die Diagnose „Diabetes“ gestellt (Beschwerden, Krankenhaus, Zufall)? \_\_\_\_\_
- Um welchen Diabetes-Typ handelt es sich bei Ihnen?
   
 Typ1     Typ 2     anderer    \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Diabetespass?
   
 nein     ja    (bitte bringen Sie ihn mit)
- Ihr letzter HbA1c-Wert \_\_\_\_\_ %      Datum: \_\_\_\_\_
- Wann haben Sie zuletzt an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? \_\_\_\_\_

**BZ-Messung**
 DM

- Führen sie ein BZ-Tagebuch?
   
 nein     ja    (bitte bringen Sie es mit)
- Welches BZ-Messgerät verwenden Sie? Welche Stechhilfe (Stixer)/Lanzetten? \_\_\_\_\_
- Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker zu welchen Zeiten? \_\_\_\_\_
- Kontrollieren Sie Ihren Urin auf Zucker oder Aceton? \_\_\_\_\_

**Unterzuckerungen / Hypoglykämien**
 DM

- Ab welchem BZ-Wert etwa spüren Sie Unterzuckerungen? \_\_\_\_\_
- Wie viele Unterzuckerungen hatten Sie in den letzten zwei Monaten? \_\_\_\_\_
- Welche Maßnahmen haben Sie dabei getroffen? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie schwere Unterzuckerungen mit Fremdhilfe (Notarzt)? Wann? \_\_\_\_\_

## Augen

X DM

- Wann war Ihre letzte Augenhintergrund-Untersuchung? \_\_\_\_\_
- Wurden dabei Netzhautveränderungen festgestellt? Wann? \_\_\_\_\_
- Hat der Augenarzt schon einmal eine Laserbehandlung durchgeführt? Wann? \_\_\_\_\_

## Zähne

X DM

- Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen eine Parodontitis (Zahnbetterkrankung) festgestellt? \_\_\_\_\_

## Füße, Beine

X DM

- Hatten Sie bereits schlecht heilende Wunden an den Füßen? Wann? \_\_\_\_\_
- Sind Sie an den Beinen oder Füßen operiert worden? Wann? \_\_\_\_\_
- Tragen Sie besonders angefertigte Schuhe oder Einlagen? \_\_\_\_\_
- Lassen Sie medizinische/podologische Fußpflege durchführen? Von wem? \_\_\_\_\_