



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 Schwangerschaftsdiabetes

Liebe Patientin,

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 aktuellen **Medikamentenplan** oder alle Medikamente, die Sie zur Zeit nehmen
- Laborwerte vom Hausarzt oder Frauenarzt,
- Ihren Mutterpass

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

- Ihren Mutterpass
- Ihr gelbes Diabetestagebuch
- Ihr Blutzuckermessgerät

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

Ihr Praxisteam



Nachname

Vorname

Diese Schwangerschaft

GDM

Datum der letzten Monatsblutung: _____

Schwangerschaftswoche derzeit: _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?
(Wehen? Kindsgröße? Fruchtwassermenge?
Zucker im Urin? Sonstiges?) nein ja

Wurde ein OGTT durchgeführt (Test bei dem Sie eine Zuckerlösung trinken mussten)? nein ja Ergebnis: / / mg/dl

Wurde der Test aus einem bestimmten Grund durchgeführt?

Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg Größe: _____ cm

Haben Sie derzeit Beschwerden?

Wurde Ihnen ein Arbeitsverbot erteilt?

Frühere Schwangerschaften

GDM

Nennen Sie bitte alle Ihre Schwangerschaften! 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Wann?

Geburtsgewicht der Kinder (Gramm): _____

Geschlecht: _____

Gabe es Komplikationen / Auffälligkeiten?

Bestand ein Schwangerschaftsdiabetes?

Raum für Ergänzungen:

