

## Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrem ersten Arztkontakt aus.

Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder möchten, sprechen Sie diese im Arztgespräch bitte an.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

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

Wer ist Ihr **Hausarzt**? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr **Augenarzt**? \_\_\_\_\_

Sind Sie Autofahrer? ja  nein

Rauchen Sie? ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja  nein

Haben Sie **Allergien**? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Welchen **Typ Diabetes** haben Sie? Typ1  Typ2  Sonstiger: \_\_\_\_\_

Seit **wann** haben Sie Diabetes? \_\_\_\_\_

Sind Sie ins **DMP/ Curaplan** etc. eingeschrieben? ja  nein

Welche **aktuellen** Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

Sind **Folgeerkrankungen** des Diabetes bei Ihnen bekannt?

Gefäße: ja  nein  Herz: ja  nein

Niere: ja  nein  Füße: ja  nein

Augen: ja  nein  Letzter Augenarzt-Besuch: \_\_\_\_\_

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

Diabetes  Herzerkrankungen  Schlaganfall

Bluthochdruck  erhöhte Blutfette

## Bisherige Diabetestherapie:

Spritzen Sie **Insulin**? ja  nein   
 Darreichungsform: Fertig-Pen  Patrone  Sonstiges \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Welches **Blutzuckermessgerät** nutzen Sie? \_\_\_\_\_

## Sonstige Erkrankungen und Operationen

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

## Medikamentenplan:

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 oder legen Sie uns eine Medikamentenliste Ihres Hausarztes vor.

Name der Medikamentes	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

## Einverständniserklärung:

Name:

---

Vorname:

---

Geburtstag:

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen dieser Praxis meine Daten offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und Ärzte übermittelt werden.

Ich willige ein, dass meine Fußwunden zum Zwecke der Dokumentation und Verlaufsbeurteilung fotografisch dokumentiert werden.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich von der Diabetespraxis Bad Zwischenahn schriftlich, telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werde.

---

Datum und Unterschrift