

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 **Diabetesschulung** 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