

Anamnesebogen

Diabetes und Schwangerschaft

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrem ersten Arztkontakt aus.

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Hobbies: _____ Größe/Gewicht (vor SS): _____ cm _____ kg

Schwangerschaftswoche: _____ Voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Vorausgegangene Fehlgeburten: _____ Anzahl Kinder: _____

Name des Kindes	Geburtsdatum	Größe (bei Geburt)	Gewicht (bei Geburt)

Sind Sie **Autofahrerin**? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**? ja nein

Haben Sie **Allergien**? ja nein

Bitte geben Sie Ihre **Allergien** an: _____

Wer ist Ihr **Gynäkologe**? _____

Wer ist Ihr **Hausarzt**? _____

Wer ist Ihr **Augenarzt**? _____

Ist bei Ihnen bereits ein **Diabetes** diagnostiziert worden?

nein Schwangerschaftsdiabetes Typ1 Typ 2

Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes?

ja nein

Spritzen Sie Insulin?

ja nein

Messen Sie Ihre Blutzuckerwerte?

ja nein

Tritt in Ihrer **Familie Diabetes** auf?

ja nein

Wenn ja, bei welchen Angehörigen? _____

Haben Sie andere **Erkrankungen**?

Bluthochdruck

Hohe Blutfettwerte

Polycystisches Ovarsyndrom

Sonstige _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

ja nein

Welche **Medikamente**? _____

Wann war Ihr letzter **Augenarztbesuch**? _____

Ergebnis: unauffällig Netzhautschäden

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 photographisch 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