

# Anamnesebogen

## Name:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Wir bitten Sie diesen Fragebogen vor dem Arztgespräch auszufüllen!

<b>Festnetz:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Mobil:</b>	

<b>Seit wann</b> ist Ihre Zuckerkrankheit bekannt?	
Gibt es in Ihrer <b>Verwandtschaft</b> weitere Diabetes-Fälle:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____
Haben Sie <b>seit der Diabetesdiagnose</b>	<input type="checkbox"/> abgenommen: _____ kg <input type="checkbox"/> zugenommen: _____ kg <input type="checkbox"/> Gewicht unverändert
Wegen welcher <b>Beschwerden</b> kommen Sie heute zu uns?	Leiden Sie unter: <input type="checkbox"/> vermehrtem Durst <input type="checkbox"/> häufigem Wasserlassen <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden:
Haben Sie bereits an <b>Diabetes-Schulungen</b> teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja: Wann? Wo?
Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur diabetesgerechten <b>Ernährung</b> ein?	<input type="checkbox"/> Ich kenne mich gut aus <input type="checkbox"/> Ich habe mich noch nicht mit dem Thema befasst <input type="checkbox"/> Ich müsste hierzu noch ergänzende Informationen haben
Nehmen Sie <b>Tabletten gegen den Diabetes</b> ein?	<b>Name und Dosis:</b>
Haben Sie <b>Diabetestabletten nicht vertragen</b> oder aus anderen Gründen nicht weiternehmen können?	Name und Probleme:
Wird Ihr Diabetes mit <b>Insulin</b> behandelt?	Insulin-Name _____ Menge (Einheiten):
Hatten Sie im letzten Monat <b>Unterzuckerungen</b> ?	Wie oft? Symptome?
<b>Kontrollieren Sie Ihre Blutzuckerwerte</b> selbst?	Wie häufig? _____/Woche _____/Tag Mit welchem Gerät?
Sportliche Aktivitäten	

# Anamnesebogen

**Name:**

Sind bei Ihnen <b>Folgen des Diabetes</b> aufgetreten?	Wenn ja an welchen <b>Organen</b> ? <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Nerven <input type="checkbox"/> Sexualektionsstörungen <input type="checkbox"/> Andere: _____
Wann war die letzte <b>Untersuchung beim Augenarzt</b> ?	<b>Wann?</b> <b>Ergebnis:</b> <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Laser oder Spritzen
Hatten Sie bereits:	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Bypassoperation <input type="checkbox"/> Eingriffe an den Herzkranzadern <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Bein.Durchblutungsstörungen Wenn ja wann?
Liegen sonstige <b>Risikofaktoren für die Gefäße</b> vor:	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Blutfett-Erhöhung <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall in der Familie
<b>Rauchen</b> Sie?	<input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein, nicht ,ehr seit <b>Wiev</b> iel Zigaretten pro Tag
Trinken Sie regelmäßig <b>Alkohol</b> ?	
Welche <b>weiteren Medikamente</b> nehmen Sie regelmäßig ein?	
Sind bei Ihnen <b>Operationen</b> durchgeführt worden?	<b>Welche</b> und wann?
Wurden folgende <b>Untersuchungen</b> bei Ihnen in den letzten 4 Monaten durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Blutwerte (z.B. Cholesterin, Nierenwerte) <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert <input type="checkbox"/> Ultraschall der Bauchorgane
<b>Liegt eine Pflegestufe</b> vor?	<input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> Nein
<b>Beruf</b> ?	
<b>Allergien</b> ?	