

Anamnesebogen Diabetes

Liebe Patientin, lieber Patient,
damit wir Sie optimal beraten können benötigen wir einige Angaben von Ihnen.
Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen dazu aus. Vielen Dank!

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____

Wann wurde Diabetes mellitus bei Ihnen diagnostiziert? _____

Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Andere

Familiäre Belastung (mit Diabetes) _____

Welche Diabetesmedikamente nehmen Sie ein? Wie häufig?

Medikament/Dosierung	morgens	mittags	abends

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament/Dosierung	morgens	mittags	abends

Haben Sie Unterzuckerungen? Wenn ja, wie häufig? Ab welchen Wert merken Sie diese?

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes?

Augen Niere Füße Herz

Wann war Ihre letzte Augenkontrolle beim Augenarzt? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Konsumieren Sie Alkohol? _____ Gläser pro Woche

Haben Sie an einer Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen?

Wann _____ Wo? _____

Freizeitaktivitäten/Sport/Hobbys

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Sind sie bereits im Disease Managment Programm (DMP) für Diabetes

eingeschrieben? Ja Nein

Unter welchen sonstigen Erkrankungen leiden sie?

Bluthochdruck hohen Blutfetten

Andere: _____

Aktuelles Gewicht _____ kg Größe _____ cm HbA1c _____

Familienstand: allein lebend mit Partner lebend Kinder im Haus