



Patient: \$1050\$, \$1077\$

Anamnesebogen Diabetes mellitus

Sehr geehrte/r Patientin/Patient

Diabetesbehandlung ist sehr individuell, daher müssen wir sehr viel über Sie wissen. Sie helfen uns bei dieser Aufgabe, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Diabetes mellitus Typ 1 , Typ 2 , weiß nicht , Erstdiagnose im Jahr:

Ich nehme Zuckermedikamente seit? _____ **Ich spritze Insulin seit?** _____

Ich habe **Folgekrankheiten**: Niere , Auge , Nerven/Füße , Herz, Gefäße

Der letzte **Augenarzttermin** war ohne Befund , war mit Netzhautschäden

Zusätzlich habe ich: hohen **Blutdruck** , hohe **Blutfette**

Ich nehme folgende (Zucker-) **Medikamente**

	Morgens	mittags	abends
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich nehme noch folgende andere Medikamente: (Name und Wirkstärke z.B. 10 mg)

Ich spritze **Insulin** Ja , Nein

Name-Insulin(e)?

Dosis/Einheiten - Insulin?

Zeiten der Insulingaben?

Mein Korrekturfaktor liegt bei?

Mein Zielblutzucker liegt bei?

Ich messe meinen Blutzucker selbst: Ja , Nein , wenn ja, wie oft täglich?

Wenn ja, mit welchem **Messgerät**?

Ich habe häufig **Unterzuckerungen**? Ja , Nein , wenn ja, wie oft pro Monat?

Ab welchem Werte bemerken Sie eine Unterzuckerung?

Gibt es **Familienmitglieder/Kinder/Eltern/Großeltern** mit Diabetes? Ja , Nein

Rauchen Sie? Ja , Nein , falls ja, wie viel pro Tag?

Konsumieren Sie regelmäßig **Alkohol**? Ja , Nein , wenn ja, wie viel?

Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit**? Ja , Nein , falls ja welche?

Bitte entsprechende Kästchen ankreuzen

DR. (UNIV. ANTWERPEN) B. BRÄUER

INTERNIST/ANGIOLOGE/ENDOKRINOLOGE
DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Treiben Sie regelmäßig **Sport**? Ja , Nein wenn ja, welchen?

Wer **kocht** bei Ihnen?

Wie **groß und wie schwer** sind Sie? cm kg

Haben Sie folgende **Beschwerden** und wenn ja, wie oft?

	Häufig	Selten	nie
Häufiges Wasserlassen			
Starken Durst			
Gewichtsabnahme			
Unterzuckerungen			
Müdigkeit			
Trockene Haut/Juckreiz			
Sehstörungen			
Taube/schmerzhaftige Füße			

Hatten Sie bereits eine **Diabetesschulung**? Ja , Nein , fall ja wann?

Hatten Sie bereits eine **Bluthochdruckschulung**? Ja , Nein , fall ja wann?

Haben Sie einen **Gesundheitspass Diabetes**?

Wer ist ihr **Hausarzt**?

Waren Sie in letzter Zeit im **Krankenhaus**?

Nehmen Sie an einem **Gesundheitsprogramm (DMP? Curaplan)** teil ? Ja , Nein ,

Was ist ihr konkreter **Wunsch/Anliegen** bei uns?

Soll ihr Hausarzt einen Brief erhalten? Ja , Nein

Zur Info: laut kassenärztlicher Überweisung ist für die erstmalige Behandlung beim Diabetologen eine Überweisung vom Hausarzt erforderlich.

Sollten Sie ein Blutzuckermessgerät besitzen, werden Ihre Messdaten in unserem Praxisprogramm zur Therapieverbesserung gespeichert. (Falls Sie dies nicht möchten, informieren Sie uns bitte!)

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe

Ihr Praxisteam

Datum & Unterschrift Patientin/Patient

Bitte entsprechende Kästchen ankreuzen