

Anamnesebogen • Diabetologie

Standort: Berliner Tor Farmsen
Termin: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Diabetestherapie ist sehr individuell. Daher müssen wir vieles über Sie wissen, um Sie optimal beraten zu können. Sie helfen uns bei dieser Aufgabe, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Persönliche Daten

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____
Telefon: _____ **Fax:** _____
Handy: _____ **E-Mail:** _____
Hausarzt: _____

Diabetes mellitus besteht seit: _____

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

Wenn „Ja“, an welchem: KHK Asthma COPD Diabetes

Familiäre Belastung mit Diabetes (bzw. Familienmitglieder mit Diabetes):

Für Frauen: Haben Sie einen Schwangerschaftsdiabetes gehabt? Ja Nein

Seit wann nehmen Sie **Medikamente gegen Diabetes**? _____

Seit wann nehmen Sie **Insulin**? _____

Wichtig! Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an:

Nieren Augen Füßen Herz

Autonome Neuropathie:

Inkontinenz/Blasenschwäche Durchfall/Verstopfung hoher Ruhepuls

erektile Dysfunktion/Erektionsschwierigkeiten/sexuelle Funktionsstörungen

Wichtig! Unter welchen sonstigen Erkrankungen leiden Sie:

Bluthochdruck Depressionen hohen Blutfetten Schlafapnoe

Andere: _____

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter Check-up? _____

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**? Ja, wann: _____ Nein

Rauchen Sie: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten: _____

Alkohol: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viel: _____

Allergien: Ja Nein Wenn „Ja“, welche: _____

Letzte **Augenkontrolle** am: _____

ohne Befund Netzhautschäden

Letzte **EKG/Belastungs-EKG** am: _____

Letzte Langzeit Blutdruckmessung: _____



Welche **Diabetes-Medikamente** nehmen Sie ein und wie häufig:

Medikament	morgens	mittags	abends

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig:

Medikament	morgens	mittags	abends

Mit welchem Gerät führen Sie die **Selbstkontrolle** durch? _____

Wie viele **Unterzuckerungen** haben Sie pro Monat? _____

davon schwere **Unterzuckerungen** im letzten Jahr mit Fremdhilfe: _____

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung?

- unter 40 ab 60 ab 80 über 80 mg/dl

Haben Sie an einer **Diabetes-Gruppenschulung** teilgenommen? Ja Nein

Wann: _____ Wo: _____

Freizeitaktivitäten/ Sport: _____

Beruf: _____

Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus berentet allein stehend

Haben Sie Interesse an einer **individuellen Ernährungsberatung**? Ja Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine spezielle Ernährungsberatung? Ja Nein

Was ist ihr konkretes **Anliegen** an uns:

- Verbesserte Einstellung Regelmäßige Kontrollen nach Gesundheitspass
 Wissensbedarf (Schulung) Besuch der Fußambulanz
 Andere: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem medicum Hamburg, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung im medicum Hamburg vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie zusätzlich den Fragebogen zum Wohlbefinden und zur Tagesschläfrigkeit aus.