

## Anamnese

Datum:

### **Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Seit wann ist der Diabetes bei Ihnen bekannt? \_\_\_\_\_

---

### **Rauchen:**

#### **Rauchen Sie?**

Nein Ja

#### **Sind Sie in das Diabetesprogramm Ihrer Krankenkasse (DMP) eingeschrieben?**

Nein Ja

### **Ärztliche Untersuchungen in den letzten 12 Monaten:**

• beim Augenarzt? Nein Ja Name: \_\_\_\_\_

• beim Gefäßchirurgen Nein Ja Name: \_\_\_\_\_

• beim Kardiologen Nein Ja Name: \_\_\_\_\_

• beim Zahnarzt? Nein Ja Name: \_\_\_\_\_

### **Allgemeine Gesundheit:**

Sind Sie tagsüber oft müde? Nein Ja

Schnarchen Sie? Nein Ja

Wurden bei Ihnen schon mal Atemaussetzer in der Nacht beobachtet? Nein Ja

### **Blutzuckermessung:**

Welches Blutzuckermessgerät benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal eine Diabetes-Patientenschulung? Nein Ja

Wann: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Gesundheitspass für Diabetes? Nein Ja

Wie war der letzte Langzeitblutzuckerwert (HbA1c)? \_\_\_\_\_

### **Vorhandene Erkrankungen:**

Liegen bei Ihnen schwere Erkrankungen vor? Nein Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### **Aktuelle Beschwerden:**

Haben Sie aktuell Beschwerden? Nein Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

### **Medikamenteneinnahme:**

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung Nein Ja Wenn ja, welches \_\_\_\_\_

## Anamnese

Datum:

**Nehmen Sie Diabetesmedikamente?**      Nein    Ja

**Aktuelle Diabetes-Medikamente: wenn möglich Vorlage eines Medikamentenplans**

**Morgens:** \_\_\_\_\_

**Mittags:** \_\_\_\_\_

**Abends:** \_\_\_\_\_

**Spät:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Ihre Diabetes-Tabletten gut vertragen?**    Nein    Ja

**Wenn Nein: Welche Medikamente haben sie nicht vertragen? Welche Beschwerden traten auf?**

\_\_\_\_\_

### **Insulintherapie:**

**Spritzen Sie Insulin?**    Nein    Ja

**Seit wann?** \_\_\_\_\_

**Name des Insulins:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer Schulung teilgenommen?**      Nein    Ja

### **Patientenziel:**

**Was können wir für Sie tun? (Patientenziel):** \_\_\_\_\_

### **Notizen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Diabetesbehandlung individuell anzupassen und Ihre gesundheitlichen Bedürfnisse besser zu verstehen.