Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßenSie herzlich in unserer Praxis. Für unsere Dokumentation und Qualitätssicherung bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu beantworten und anschließend bei der Abmeldung abzugeben. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Das Praxisteam dankt Ihnen im Voraus für Ihre Mitarbeit.

| **Patient** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geb.-Datum |  | Straße/Nr. |  |
| PLZ, Ort |  | Telefon **\*** |  |
| Beruf\* |  | Mobil **\*** |  |
| Hausarzt/Ort |  | E-Mail **\*** |  |

#### Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Diese werden ausschließlich für behandlungsrelevante Zwecke verwendet.

Mit \* gekennzeichnete Angaben sind freiwillig

| **Weitere Angaben zur Person** |
| --- |

**Seit wann haben Sie Diabetes?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Welchen Diabetes-Typ haben Sie?**  Typ 2  Typ 1  anderer Typ (z.B.: pankreopriv. oder MODY)

#### Spritzen Sie Insulin? Nein Ja, seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Sind Sie im DMP Program eingeschrieben? (gilt nur für Kassenpatienten)

#### Nein Ja nicht bekannt

#### Hatten Sie an einer Diabetesschulung teilgenommen?

#### Nein Ja, wann/ wer hat geschult? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Hat jemand in Ihrer Familie Diabetes?

#### Nein Ja, wer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine schwere Unterzuckerung mit Fremdhilfe/ Bewusstlosigkeit?

#### Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Haben Sie derzeit Beschwerden?

#### Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Haben Sie Diabetes-Folgeerkrankungen?

#### Nierenerkrankung (diab. Nephropathie) Nervenerkrankungen (diab. Neuropathie)

#### Augenerkrankung (diab. Retinopathie) Diabetisches Fußsyndrom Potenzstörungen

#### Haben Sie folgende Infektionskrankheiten? WICHTIG!

#### HIV- Infektion (Aids) Hepatitis Tuberkulose

#### Andere Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­

#### Welche sonstigen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? WICHTIG!

#### Bluthochdruck Fettstoffwechselstörung Erhöhte Harnsäurewerte Lebererkrankungen

#### Schilddrüsenerkrankung Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Sind Allergien bekannt? (z.B. auf Medikamente?)

#### Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Einnahmeplan)

#### Keine Ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus?

#### Nein Ja, wegen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Haben Sie einen Bypass, bzw. eine Gefäßerweiterung erhalten?

#### Nein Ja, wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine Magenverkleinerungsoperation? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Waren Sie in den letzten 24 Monaten beim Augenarzt? Nein Ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Haben/ Hatten Sie eine Verletzung am Fuß? (z.B. eine Amputation, offene Wunden?)

#### Nein Ja,welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Haben Sie Schmerzen beim Gehen, die zur reduzierten Gehstrecke führt?

#### Nein Sie können mehr als 300m gehen Sie können weniger als 300m gehen

#### Wann war Ihre letzte Tetanus-Impfung? am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Haben Sie einen Impfpass? Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

#### Rauchen Sie? Nein Ja, wie viel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja, wie viel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Bitte geben Sie diesen Bogen an der Abmeldung ab. Vielen Dank!