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!