

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie 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? _____