

ANAMNESEBOGEN DIABETOLOGIE

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir mögliche Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam Dr. Renard & Kollegen

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz / Mobil		E-Mail
Größe	Gewicht	Beruf Tätigkeit
Hausarzt	Augenarzt	

Allgemeine Angaben zum Diabetes

Seit wann haben Sie Diabetes mellitus?

Welchen Typ Diabetes haben Sie? Typ-1 Typ-2 Sonstige

Nehmen Sie am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes (DMP) teil? ja nein

Wenn ja, bei wem sind Sie eingeschrieben?

Nehmen Sie am Hausarztvertrag (HzV) teil? ja nein

Wenn ja, bei wem sind Sie eingeschrieben?

Wann war Ihr letzter Termin beim Augenarzt?

Welche Diabetesmedikamente nehmen Sie?

Sind Sie insulinpflichtig? ja, seit nein

Angaben zum Insulin und zu Blutzuckerwerten

Name des Insulins	morgens				mittags				abends				zur Nacht			
	Einheiten	BE-Faktor	Korrekturfaktor	BZ-Zielbereich	Einheiten	BE-Faktor	Korrekturfaktor	BZ-Zielbereich	Einheiten	BE-Faktor	Korrekturfaktor	BZ-Zielbereich	Einheiten	BE-Faktor	Korrekturfaktor	BZ-Zielbereich

Unter welchen Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus leiden Sie?

- Diabetischer Fuß
 Diabetische Nierenschaden
 Diabetische Retinopathie (Augenhintergrundveränderung)
 Arterielle Verschlusskrankheit
 Koronare Herzkrankheit
 Sonstige: _____

Unterzuckerung

Wie häufig treten Unterzuckerungen auf? _____ x pro Woche | _____ x pro Monat
 Hatten Sie schon einmal eine schwere Unterzuckerung, bei der Sie auf fremde Hilfe angewiesen waren? ja nein
 Wenn ja, wie häufig? _____ Wann zuletzt? _____
 Bei welchem Blutzuckerwert bemerken Sie eine Unterzuckerung? _____ mg/dl

Schulung

Haben Sie schon einmal an einer Diabetesschulung teilgenommen? ja nein
 Wenn ja, wann zuletzt? _____
 Wo fand die Schulung statt? _____

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

- Herz- / Kreislaufkrankung ja nein
- Stent | wo: _____ erhöhter Blutdruck Herzschwäche/ -insuffizienz
 Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher
 Herzklappenersatz | welcher: _____ Vorhofflimmern
 Sonstige: _____

Lungenerkrankung ja nein

- Asthma bronchiale chronische Bronchitis Sonstige:

Schilddrüsenerkrankung ja nein

- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion Morbus Hashimoto
 Morbus Basedow Radiojodtherapie | wann:
 Schilddrüsenoperation | wann:
 Sonstige:

Rheumatologische Erkrankung ja nein

- chronische Polyarthrit Psoriasis Arthritis Morbus Bechterew
 Sonstige:

Hauterkrankung ja nein

- Atopische Ekzeme | Neurodermitis Psoriasis (Schuppenflechte)
 Hautkrebs, welcher:
 Sonstige:

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

- Morbus Crohn Darmkrebs Colitis ulcerosa
 Darmpolyp(en) Refluxkrankheit | Sodbrennen Magenschleimhautentzündung
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche:
 Sonstige:

Leber-/ Gallenkrankheit ja nein

- Leberwerterhöhung chronische Hepatitis | welche:
 Fettleber Gallensteine (Frühere) Gelbsucht
 Leberzirrhose Sonstige:

Stoffwechselerkrankung ja nein

- erhöhtes Cholesterin erhöhte Harnsäure | Gicht
 Sonstige:

Orthopädische Beschwerden ja nein

- Rückenschmerzen Bandscheibenvorfall | wo:
 Gelenkbeschwerden | welche:
 künstliche Gelenke | welche, wann:
 Sonstige:

Nierenerkrankung ja nein

- chronische Nierenerkrankung Nierensteine Harninkontinenz
 Häufige Harnwegsinfekte Sonstige: _____

Erkrankungen der Psyche ja nein

- Depression Psychose psychosomatische Erkrankungen
 dauerhafte nervliche Belastung Sonstige: _____

Erkrankungen des Nervensystems ja nein

- Schlaganfall Lähmungen | wo: _____
 Morbus Parkinson Multiple Sklerose Karpaltunnelsyndrom | Seite: _____
 Epilepsie Polyneuropathie
 Sonstige: _____

Sonstige Erkrankungen ja nein

- Krebserkrankungen | welche, wann: _____
 Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep B / C, Tbc) Ohnmachtsanfälle
 Blutgerinnungsstörung Leukämie | Lymphome
 Operationen | welche: _____
 Sonstige: _____

Bestehen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein

Sind Sie allergisch gegen:

- Heuschnupfen Hühnereiweiß Latex
 Kontrastmittel Pflaster Aspirin
 Antibiotika | welche: _____
 sonstige Medikamente | welche: _____
 Sonstige: _____

Medikation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wann: _____

Medikamentenplan liegt bereits vor? ja nein

ggf. auch Rückseite verwenden

Nehmen Sie eines der folgenden blutverdünnenden Medikamente ein?

- Marcumar Xarelto Brilique
 Eliquis Lixiana Pradaxa
 Clopidogel Efient Prasugrel

Vegetative Angaben

	Ja	Nein	
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, voraussichtl. Geburtstermin: <input type="text"/>
Sind Sie Autofahrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welchen und wie oft: <input type="text"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wieviel: <input type="text"/> / Tag seit: <input type="text"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wieviel: <input type="text"/> / Tag seit: <input type="text"/>
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche: <input type="text"/>

Hatte ein Verwandter 1. Grades (Mutter, Vater, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen: ja nein

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor dem 65. Lj.	<input type="checkbox"/> Darmpolyp(en)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Schlaganfall vor dem 65. Lj.	<input type="checkbox"/> Darmkrebs	<input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung welche:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Andere Krebserkrankungen welche:	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="text"/>	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Stammpatient seit mind. 2 Jahren ja nein

<input type="checkbox"/> Internet (z. B. Google, Soziale Medien)	
<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen Praxisschild	
<input type="checkbox"/> Zeitung örtl. Mitteilungsblatt	
<input type="checkbox"/> Empfehlung	
○ durch Bekannte	<input type="text"/>
○ durch Arzt	<input type="text"/>

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxen der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:



Stand: 02.2023