



Diabetes-Schwerpunktpraxis
 Facharzt für Innere- und Allgemein Medizin
 Diabetologe DDG
 Oliver Schlott
 Hauptstraße 13
 50126 Bergheim
 Tel. 02271/4 22 22
 Fax : 02271/ 49 79 79

Anamnesebogen

Patienten-Name:	Wir können wir Sie telefonisch erreichen? Festnetz: Mobil:
-----------------	--

Sehr geehrte Patienten,
 um Ihre Erkrankung besser behandeln zu können , benötigen wir von Ihnen einige Angaben . Daher bitten wir Sie , diesen Fragebogen vor dem Gespräch mit dem Arzt auszufüllen.

Seit wann ist Ihre Zuckererkrankung bekannt? Gibt es in ihrer Verwandtschaft weitere Diabetes-Fälle? O Nein O Ja bei _____	Ihre aktuelle Größe : _____ cm Ihr aktuelles Gewicht : _____ cm
Wegen welcher Beschwerden kommen Sie heute zu uns?	Leiden Sie unter: O vermehrtem Durst O häufigem Wasserlassen O Sehstörungen O Sonstige Beschwerden: _____

Ihre bisherige Diabetesbehandlung

Haben Sie bereits an Diabetes-Schulungen teilgenommen	O Nein, noch nie O Ja: Wann? _____ Wo?	
Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur diabetesgerechten Ernährung ein?	O Ich kenne mich gut aus. O Ich habe mich noch nicht mit dem Thema befasst O Ich müsste hierzu noch ergänzende Informationen haben	
Nehmen Sie Tabletten gegen den Diabetes ein? O Nein	O Ja Name der Tabletten:	Dosis:

Haben Sie Diabetestabletten nicht vertragen oder aus anderen Gründen nicht weiternehmen können ?	Tabletteneinnahme: _____	Aufgetretene Probleme: _____
Wird Ihr Diabetes mit Insulin behandelt? O Nein	O Ja, seit _____	Insulin-Name: _____ _____ Menge (Einheiten): _____
Hatten Sie im letzten Monat Unterzuckerungen? O Nein	O Ja _____ mal im letzten Monat O Schwere Unterzuckerung (wenn fremde Hilfe nötig war)	Symptome(Beschwerden): _____ _____
Kontrollieren Sie Ihre Blutzuckerwerte selbst?	O Nein O Ja	Wie häufig? _____/Woche _____/Tag Mit welchem Gerät:

Folgeerkrankungen

Sind bei Ihnen Folgen des Diabetes aufgetreten? O Ja O Nein	Wenn ja, an welchen Organen: O Augen O Nieren O Nerven O Sexualfunktionsstörungen O Andere:	Seit wann?
Wann war die letzte Untersuchung beim Augenarzt?	Ergebnis? O Unauffällig O Nicht bekannt O Sonstiges	Datum der Untersuchung : _____
Hatten Sie bereits:	O Herzinfarkt O Bypassoperation O Eingriffe an den Herzkranzadern O Schlaganfall O Bein-Durchblutungsstörungen	Wann?
Familiäre Krankheiten	Herzinfarkt/Schlaganfall/ Diabetes O Nein	O Ja, bei _____ _____
Liegen sonstige Risikofaktoren für die Blutgefäße (Adern) vor? Rauchen Sie?	O Bluthochdruck O Blutfett-Erhöhung O Ja, seit _____ O Nein	Seit:

	O Nein nicht mehr seit:	
Weitere Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> Allergien: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____ _____	
Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	Name:	Dosis:
Besitzen Sie einen Medikamenten-Plan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____	
Wurden bei Ihnen in den letzten 4 Monaten untersucht ?	<input type="checkbox"/> Blutwerte (z.B. Cholesterin, Nierenwerte) <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert <input type="checkbox"/> Fußpulse <input type="checkbox"/> Stimmgabeltest <input type="checkbox"/> Ultraschall der Bauchorgane	
Familienstand	<input type="checkbox"/> Allein lebend <input type="checkbox"/> Mit Partner lebend <input type="checkbox"/> Kinder im Haus	
Beruf		
Sportliche Aktivitäten		