

## Anamnesebogen Diabetes

Name: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Anamnese

Aktuelle Beschwerden für das Aufsuchen der Praxis:

Wie haben Sie von der Praxis erfahren?

Diabetes Typ:

Diabetes- Dauer:

Diabetes in der Verwandtschaft:

Beruf:

#### Andere Erkrankungen, Spätfolgen:

<b>Augenarzt:</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Netzhautschäden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
<b>Nierenerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
<b>Bluthochdruck</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Blutdruck-Selbst-Messung:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
<b>Herzerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja, wann		<input type="checkbox"/> nein
Herz-Op (Bypass)	<input type="checkbox"/> ja, wann		<input type="checkbox"/> nein
EKG	<input type="checkbox"/> ja, wann		<input type="checkbox"/> nein
<b>Fettstoffwechselstörung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
<b>Rauchen</b>	<input type="checkbox"/> ja, wieviel:		<input type="checkbox"/> nein
<b>Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
<b>Gesundheitspaß der DDG</b>	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen, andere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	(Bitte Rückseite benutzen)	<input type="checkbox"/> nein
DMP beim Hausarzt	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

Therapie:

Selbstkontrolle  nein  ja,  Harnzucker  Blutzucker, wie oft?

Tagebuch  ja  nein

Diabetiker-Schulung:  nein  ja, zuletzt \_\_\_\_\_ Wo ?

Medikamente und Insulin bitte in die Tabelle auf der nächsten Seite eintragen.

Medikamentenplan von \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

<b>Medikament</b>	<b>Stärke</b>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Nachts</b>

### Insuline

Welches? Wie häufig? Wie viel? Insulinpen  ja  nein

<b>Insulin</b>	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Nachts</b>

Andere Erkrankungen:

**Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit, falls vorhanden:**

- ✓ Den ausgefüllten Anamnesebogen und Medikamentenplan
- ✓ Die Datenschutzerklärung
- ✓ Den Überweisungsschein Ihres Hausarztes mit DMP Diabetes Vermerk
- ✓ Das Blutzuckermessgerät mit Teststreifen
- ✓ Ihren Pen mit Insulin
- ✓ Ihr Diabetes-Protokollheft
- ✓ Facharzt-Berichte
- ✓ Das Ergebnis der letzten Blutuntersuchung.

**Bitte beachten Sie folgendes:**

- Das DMP-Diabetes ist die Voraussetzung für die Behandlung in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis, bitte lassen Sie sich bei Ihrem Hausarzt, wenn möglich, vorher einschreiben.
- Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen, andernfalls bitten wir um Ihr Verständnis, dass wir eine Gebühr von € **20,00** in Rechnung stellen müssen
- Bitte planen Sie sich für den Termin mindestens eine Zeitstunde ein

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Das Praxisteam