

Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Bernhard Zweigle
Facharzt für Innere Medizin
Diabetologe

Anamnesebogen Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mühen!

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

➔ **Wann wurde Ihr Diabetes festgestellt?** **Jahr:** _____

➔ **Welche Beschwerden machten sich bei der Feststellung bemerkbar?**

- vermehrter Durst
- häufiges Wasserlassen
- ungewollte Gewichtsabnahme
- verschwommenes Sehen
- leicht erhöhte Blutzuckerwerte (100-200 mg/dl)
- stark erhöhte Blutzuckerwerte (200 mg/dl und darüber)

➔ **Welcher Diabetes-Typ liegt bei Ihnen vor?**

- Typ-1
- Typ-2
- Typ-3
- weiß ich nicht

➔ **Weitere Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (möglichst mit Typ)**

➔ **Wie wird Ihr Diabetes bisher behandelt?**

- bisher keine Therapie
- mit diabetesgeeigneter Ernährung
- mit oraler Medikation – Diabetestabletten: _____ (Name)
- mit Insulin: _____ (Name/seit wann)

Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie? _____ mg/dl

Welchen Korrekturfaktor haben Sie? 1 IE zusätzlich für _____ mg/dl

➔ **Blutzuckerselbstkontrolle:**

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrolle durch?

Wie oft messen Sie den Blutzucker?

_____ / Tag _____ /Woche

Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat ?

_____ / davon wie viele schwere _____

Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe: _____

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung?

unter 40 ab 60 ab 80 über 80 mg/dl

ich bemerke meine Unterzuckerungen gar nicht

➔ **Haben Sie bereits an einer Diabetes- oder Blutdruckschulung teilgenommen?**

Wann / wo und welche Schulung war das: _____

➔ **Sind bei Ihnen diabetesbedingte Folgeerkrankungen bekannt?**

- Schäden der Nervenfasern an den Füßen (Polyneuropathie)
- Schädigungen der Nierenfunktion (Nephropathie)
- Schädigung des Augenhintergrundes (Retinopathie) – letzte augenärztliche Untersuchung des Augenhintergrundes erfolgte am _____
- Sexualektionsstörung
- Schädigung des Herzens

➔ **Unter welchen sonstigen Begleiterkrankungen leiden Sie?**

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Durchblutungsstörungen

➔ **Welche Krankheiten sind bei Ihnen noch bekannt (bitte alle aufführen!)?**

➔ **Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? (auch Medikamenten-unverträglichkeiten)**

➔ **Sozialanamnese:**

Familienstand allein lebend mit einem Partner lebend
 Kinder im Haus berentet

Beruf: _____

Hobby: _____

Sportliche Aktivität: _____

➔ **Rauchen Sie?**

Ja, _____ /Zigaretten am Tag Nein

➔ **Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche? (Bier, Wein, sonstige Alkoholika)**

➔ **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Hausarzt Apotheke Freunde
- Internet Zeitung Telefonbuch
- Klinikaufenthalt