

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: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Krankenkasse: _____

Telefon- bzw. Handy-Nr.: _____

➤ 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)

➤ 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)
- CSII – Insulinpumpe vorhanden

➤ Glucose-Selbstkontrolle:

- Welchen Glucose-Zielwert haben Sie? _____ mg/dl
- Falls Sie Insulin spritzen: Welchen Korrekturfaktor haben Sie? **1 IE** zusätzlich für _____ mg/dl
- Welche Mahlzeitenfaktoren haben Sie? _____
- Mit welchem **Gerät** führen Sie die Blutzucker- bzw. Gewebezucker-Kontrolle durch?
- Wie oft messen Sie die Glucose? _____ / Tag _____ /Woche

➤ **Unterzuckerung (Hypoglykämie):**

- 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

➤ **Falls Insulin-Dosiertabelle vorhanden bitte beifügen !!!**

➤ **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: _____
- Schädigung des Herzens

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

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Durchblutungsstörungen

➤ **Sozialanamnese:**

Familienstand alleinlebend mit einem Partner lebend
 Kinder im Haus berentet

Beruf: _____

Hobby: _____

Sportliche Aktivität: _____

➤ **Rauchen Sie?**

- Ja - ____ /Zigaretten am Tag
- Nein

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

- Hausarzt Apotheke Freunde
- Internet Zeitung Telefonbuch
- Klinikaufenthalt