

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.: _____
Email-Adresse: _____

➤ **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: _____ (Name)
- ☐ mit Insulin: _____ (Name/seit wann)
- ☐ CSII – Insulinpumpe vorhanden: _____ (welche?)

➤ **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

➤ **Welche sonstigen Erkrankungen liegen vor?**

➤ **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 / Homepage ☐ Zeitung ☐ Telefonbuch
- ☐ Klinikaufenthalt