Anamnesebogen Diabetes mellitus

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihnen individuell helfen zu können, nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit für den folgenden Fragebogen. Alle Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Persönliche Daten:**

|  |
| --- |
| **Name, Vorname:** |
| **Adresse:** |
| **Geb.-Datum:** |
| **Tel.:** | **Mobil:** |
| **Hausarzt:** |
| **E-Mail-Adresse:** |

**Sozialanamnese:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Familienstand:** | **Kinder:** |
| **Berufstätig (Ja/Nein):** | **Beruf:** |
| **Treiben Sie Sport? Welche Sportarten betreiben Sie? Wie oft und wie lange pro Woche?** |
|  |
| **Aktuelles Gewicht:** | **Körpergröße:** |

**Allgemeine** **Anamnese:**

|  |
| --- |
| **Rauchen Sie? Wenn ja viele Zigaretten täglich?** |
|  |
| **Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja wieviel in der Woche?** |
|  |

**Eigenanamnese:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diabetes mellitus** | **Typ 1 □** | **Typ 2 □** | **Schwangerschaftsdiabetes □** |
| **Andere □** | **Seit wann ist der Diabetes bekannt?** |
| **Bestehen bei Ihnen Symptome, die zur Diagnose führten (z.B. vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Gewichtsabnahme, Schwäche, häufige Infekte)? Wenn ja welche?** |
|  |
| **Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes mellitus ein? Wenn ja welche?** |
|  |
| **Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?**  |
| **Medikament** | **Morgens** | **Mittags** | **Abends** | **Zur Nacht** |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Spritzen Sie Insulin? Wenn ja seit wann?** |
|  |
| **Welches Insulin bzw. welche Insuline nehmen Sie?** |
|  |
| **Mit wieviel Einheiten?** |
| **Morgens** | **Mittags** | **Abends** | **Zur Nacht** | **BE-Faktor** |
|  |  |  |  |  |
| **Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrollen durch?** |
|  |
| **Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (welcher Diabetes Typ)?** |
|  |
| **Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? Wenn ja, wann und wo?** |
|  |
| **Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil?** | **…………….……..………** |
| **Wenn ja, bei welchem Arzt sind sie in das DMP Programm eingeschrieben?** |
|  |  |

**Folgeerkrankungen/und andere Erkrankungen:**

|  |
| --- |
| **Bestehen durch den Diabetes mellitus Folgeerkrankungen an:** |
| **Nieren:** | **□ Ja** | **□ Nein** | **□ eingeschränkte Nierenfunktion** |
| **Herz/Gefäße:** | **□ Ja** | **□ Nein** |  |
| **□ Herzinfarkt/Durchblutungsstörungen** | **□ Schlaganfall** |
| **□ Durchblutungsstörungen der Beine/Schaufensterkrankheit** |
| **Letztes EKG/Langzeit-EKG?** | **…………….……..………** |
| **Augen:** | **□ Ja** | **□ Nein** |
| **Wann war die letzte Augenkontrolle?** | **…………….……..………** |
| **Ergebnis:** | **□ Ohne Befund** | **□ Netzhautschäden** |
| **Erektionsstörungen:** | **□ Ja** | **□ Nein** |  |
| **Füße bzw. Folgeschäden an Beinen:** | **□ Ja** | **□ Nein** |
| **(z.B. verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/Füßen? Missempfindung wie Kribbeln, Taubheitsgefühl?)** |
| **Besteht bereits eine Polyneuropathie?** | **□ Ja** | **□ Nein** |
| **□ Podologische Behandlung?** | **□ Diabetische Einlagen?** |
| **□ Spezielle Diabetesschuhe?** |  |
| **Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle?** | **…………….……..………** |
| **Unter welchen weiteren Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente?** |
| **□ Bluthochdruck** | **□ hohe Blutfettwerte** |
| **□ Durchblutungsstörungen** |  |
| **□ andere (bitte eintragen)** |

**Allgemeine Hinweise:**

**Ich erteile hiermit die Erlaubnis bei Wunde(n) diese fotografisch zu dokumentieren. Die Fotografie(n) meiner Wunde(n) dienen der Dokumentation, um den Heilungsverlauf genauer beobachten zu können. Die Fotodokumentation kann auch anonym für Falldarstellungen im Rahmen von Studien verwendet werden. Die Fotos werden in meiner Krankenakte archiviert und zu Zwecken der Wunddokumentation verwendet.
Die Erlaubnis kann jederzeit, ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden.**

**Kiel, …………….……..……… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift Patientin/Patient**