



Anamnesebogen

Diabetes mellitus

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Persönliche Daten

männlich weiblich divers

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Hausarzt: _____

Sind Sie berufstätig?

Ja Nein

Beruf: _____

Treiben Sie Sport?

Ja Nein

Welche Sportarten treiben Sie? _____

Wie oft und wie lange pro Woche? _____

Rauche Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wieviel Zigaretten täglich? _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Anamnesebogen

Diabetes mellitus

Eigenanamnese

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Schwangerschaftsdiabetes

Andere: _____

Seit wann ist der Diabetes bekannt? _____

Bestehen bei Ihnen Anzeichen, die zur Diagnose führten? Ja Nein
(z.B. vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Gewichtsabnahme, Schwäche, häufige Infekte)

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Diabetes mellitus ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Spritzen Sie Insulin? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Insulinnahme: Morgens Mittags Abends zur Nacht

Haben Sie eine Insulinpumpe? Ja Nein

Wenn ja, welche? (Modell/Firma) _____

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? Ja Nein

Medikament: Morgens Mittags Abends zur Nacht

Welches Gerät benutzen Sie zur Blutzuckerkontrolle: _____

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes mellitus? Ja Nein

Anamnesebogen

Diabetes mellitus

Haben Sie bereits an einer Schulung teilgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Nehmen Sie am DMP- Programm Diabetes der Krankenkasse teil?

Ja

Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt sind sie in das DMP Programm eingeschrieben?

Bestehen durch den Diabetes mellitus Folgerkrankungen?

Augen?

Ja

Nein

Wann war die letzte augenärztliche Kontrolle? _____

Ergebnis: _____

Eingeschränkte Nierenfunktion?

Ja

Nein

eGFR bekannt: _____

Herzinfarkt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und was? _____

Letztes EKG: _____

Langzeit EKG: _____

Langzeit Blutdruck: _____

Schlaganfall?

Ja

Nein

Erektionsstörungen?

Ja

Nein

Durchblutungsstörung der Beine bekannt?

Ja

Nein

Folgeschäden an den Beinen (Füße)?

Ja

Nein

Ist eine Polyneuropathie bekannt?

Ja

Nein

(verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/ Füßen, Missempfindungen wie Kribbeln, Taubheitsgefühl)

Anamnesebogen

Diabetes mellitus

Podologische Behandlung?

Ja

Nein

Diabetische Einlagen

Ja

Nein

Spezielle Diabetesschuhe?

Ja

Nein

Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle? _____

Sind Allergien bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind andere Begleiterscheinungen bekannt?

Bluthochdruck

Hohe Blutfettwerte

Andere Erkrankungen: _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Rendsburg, den _____

Unterschrift: _____