

Anamnesebogen Diabetes mellitus



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine optimale Betreuung bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungs-Programm für Diabetes (DMP, CuraPlan) teil?

☐ nein ☐ ja Wo sind Sie eingeschrieben? _____

Nennen Sie uns Ihren Hausarzt: _____

Allgemeines zum Diabetes:

- Welcher Diabetestyp liegt bei Ihnen vor?
☐ Typ 1 ☐ LADA ☐ Typ 2 ☐ Typ 3 ☐ unklar
- In welchem Jahr wurde Ihr Diabetes festgestellt? _____
- Weitere Familienmitglieder mit Diabetes? (Bitte Angabe, wenn möglich mit Diabetestyp)

- Wie hoch war der letzte HbA1c? _____ Wann gemessen? _____
- Wie wird Ihr Diabetes behandelt?
☐ keine Medikamente
☐ Tabletten (auch z.B. Trulicity) Welche? _____
☐ Insulin Welches? _____

Blutzuckermessung:

- Führen Sie Blutzuckermessungen durch?
☐ nein
☐ ja Welches Gerät nutzen Sie? _____
Wie oft messen Sie täglich? _____
- Wie oft kommt es in der Regel zu Unterzuckerungen?
☐ gar nicht ☐ 1x pro Tag ☐ 1x pro Woche ☐ 1x pro Monat ☐ nachts
- Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Unterzuckerungen mit Fremdhilfe oder Ketoazidosen?
Unterzuckerung mit Fremdhilfe ☐ ja ☐ nein
Ketoazidose ☐ ja ☐ nein

Insulintherapie:

- Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie? _____
- Welchen Korrekturfaktor haben Sie? _____
- Rechnen Sie mit KE- oder BE-Faktoren?
 - ☐ nein
 - ☐ ja morgens: _____ mittags: _____ abends: _____ nachts: _____
- Wie viele Einheiten spritzen Sie zu den Mahlzeiten?
 - morgens: _____ mittags: _____ abends: _____
- Wie viele Einheiten langwirksames Insulin spitzen Sie?
 - morgens: _____ mittags: _____ abends: _____

Folgeerkrankungen bedingt durch Diabetes und chronische Erkrankungen:

- Sind bei Ihnen Diabetes-bedingte Folgeerkrankungen bekannt?
 - ☐ nein
 - ☐ ja, Welche?
 - ☐ Schäden der Nerven an den Füßen (Polyneuropathie), Fußwunden (Ulcus)
 - ☐ Schäden am Augenhintergrund (Retinopathie), letzte Kontrolle: _____
 - ☐ Schäden der Niere/Eiweißausscheidung im Urin (Nephropathie)
 - ☐ Fettleber/erhöhte Leberwerte
 - ☐ Durchblutungsstörungen (PAVK, KHK etc.)
- Bestehen oder bestanden außer Diabetes noch chronische Erkrankungen?
 - ☐ nein
 - ☐ ja, Welche?
 - ☐ Übergewicht/Adipositas
 - ☐ Bluthochdruck
 - ☐ Fettstoffwechselstörung
 - ☐ Schilddrüsenerkrankung
 - ☐ Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen)
 - ☐ Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma, Schlafapnoe)
 - ☐ Schlaganfall
 - ☐ Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)
 - ☐ Krebserkrankungen, welche? _____

Allgemeine Fragen zur Ihrer Person:

- Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, wieviel? _____
- Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?
 - ☐ nein ☐ ja, welche? _____
- Wie groß und wie schwer sind Sie? Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Sozialanamnese:

- Familienstand? ☐ ledig ☐ verheiratet/Lebenspartner ☐ geschieden/verwitwet
- Aktuelle berufliche Tätigkeit? _____ ☐ berentet
- Treiben Sie regelmäßig Sport?
 - ☐ nein ☐ ja, welcher? _____

Haben Sie konkrete Wünsche/Anliegen an uns? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____