

→ Praxisteam bitte Etikett eindrucken

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um Sie vorab kennen zu lernen und etwas über Ihr aktuelles Anliegen zu erfahren, füllen Sie bitte folgenden Anamnesebogen für uns aus.

Bei Unklarheiten sprechen Sie uns einfach an.

Ihr Praxisteam

Datum: _____

Name/Vorname:		Geburtsdatum:	
Beruf/Tätigkeit:		Nationalität:	
Email-Adresse:			
Allergien:			
Familienstand:		Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Leben Sie alleine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Betreuung durch Angehörige erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja, durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Name Hausarzt:			
Überwiesen/empfohlen durch:			
An welchem Typ Diabetes leiden Sie?		Gibt es Diabetes in Ihrer Familie?	
<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes		<input type="checkbox"/> Ja, folgende Personen: _____	
<input type="checkbox"/> bekannt seit: _____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt		_____	
Symptome: _____		<input type="checkbox"/> Nein, ist mir nicht bekannt	
Rauchen Sie?		Welche alkoholischen Getränke trinken Sie?	
<input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ Zigaretten/Zigarren am Tag		<input type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Ja, Pfeife		<input type="checkbox"/> Sekt/Wein: Gläser (0,2l) pro Woche: _____ (x 18g)	
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Bier: Flaschen (0,5l) pro Woche: _____ (x 20g)	
		<input type="checkbox"/> Schnaps o.ä.: Gläser (2cl) pro Woche: _____ (x 6g)	
		(= g/Woche _____)	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Name		Name	
mo – mi – ab – na		mo – mi – ab – na	
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	
Orale Antidiabetika („Zuckertabletten“) seit:			
Ich spritze Insulin		Wie viel Bewegung haben Sie?	
<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein		pro Tag _____	
Penname: _____		pro Woche: _____	
Insulinname + Einheiten:		<input type="checkbox"/> so gut wie keine	
morgens: _____		<input type="checkbox"/> Ich betreibe folgende Sportart(en): _____	
mittags: _____		_____	
abends: _____		_____	
spät: _____		_____	

Ist eines der folgenden Ereignisse in den letzten 12 Monaten vorgekommen?

- Behandlung durch den Notarzt wegen Diabetes? Wann: _____
- Aufenthalt in einem Krankenhaus wegen Diabetes? Wann: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Begleit- und Folgeerkrankung? Falls zutreffend, bitte Diagnosejahr angeben!

<input type="checkbox"/> Es sind keine weiteren Erkrankungen bekannt	<input type="checkbox"/> diab. Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> diab. Nervenschädigungen
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ KHK	<input type="checkbox"/> Potenzstörungen/sexuelle Probleme
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Beine)	<input type="checkbox"/> diab. Augenschädigung
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> diab. Fußgeschwür
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Amputation
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure (Gicht)	<input type="checkbox"/> Unterzuckerungen (Wie oft?)
<input type="checkbox"/> sonstige Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Mein letzter Krankenhaus- Aufenthalt	Mein letzter Augenarztbesuch
war: _____ wegen: _____	war: _____ wegen: _____
Ich hatte bisher eine Fußuntersuchung	Mein Urin wurde bereits auf Eiweiß untersucht (Micraltest)
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Auffälligkeiten?
Das letzte EKG war:	Besitzen Sie einen Gesundheitspass?
Das letzte Labor war:	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe?	Hatten Sie bereits eine Raucherentwöhnung?
<input type="checkbox"/> Ja, in: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?	Haben Sie bereits an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen?
<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie Interesse daran?	<input type="checkbox"/> Ja, zuletzt: _____ <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie Interesse daran?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Messen Sie Ihren Blutzucker selbst?	Besitzen Sie ein Blutzucker-Tagebuch?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät Gerät: Kontrolle des Harnzuckers: <input type="checkbox"/> Ja, _____ x pro Tag <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit: _____ ausgestellt durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wird von der Mitarbeiterin im Labor ausgefüllt!!	
Größe: _____ Gewicht: _____ Bauchumfang: _____ Hüftumfang: _____ BMI: _____ RR rechts: _____ RR links: _____ HF: _____	aktueller BZ: _____ <input type="checkbox"/> nü <input type="checkbox"/> pp HbA1c: _____ Cholesterin: _____ Triglyceride: _____ HDL: _____ LDL: _____ Kreatinin: _____ Harnsäure: _____

Bemerkungen: