

Anamnesebogen

Vorname, Name

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt

Anamnese:

Körpergröße: cm **Aktuelles Gewicht:** kg

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet **Alleinlebend:** Ja Nein

Berufstätig: ja Beruf: Nein

Rauchen Sie? Ja, Zigaretten/Tag: Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja, (Art/Menge): Nein

Aktivitäten/Freizeit/Sport:

Diabetes-Anamnese:

Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Andere

Wann wurde Diabetes festgestellt?

Hatten Sie einen bekannten Schwangerschaftsdiabetes (nur bei Frauen)? Ja Nein

Hat jemand in der Familie Diabetes? ja wer? Nein

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?

O ja wann: O Nein

Messen Sie bereits Ihren Blutzucker?

O ja, welches Messgerät haben Sie? O Nein

Spritzen Sie Insulin? O ja, seit wann? O Nein

Insulinname	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	BE-Faktor

Medikamente:

Name	Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Weitere Erkrankungen:

- Bluthochdruck Schlaganfall Fettstoffwechselstörung (hohe Blutfettwerte)
- Herzinfarkt Durchblutungsstörung eingeschränkte Nierenfunktion
- Depression Fußwunden Augenerkrankungen
- Andere:

Allergien / Unverträglichkeiten: O ja welche? O Nein

Welche Anliegen haben Sie an uns:

- Verbesserung der Blutzuckereinstellung Ernährungsberatung
- Unterstützung beim Abnehmen Fußkontrolle / Behandlung von Wunden
- Teilnahme an einer Diabetikerschulung
- Andere:

Datum:

Unterschrift des Patienten: