

**Anja Giesche und Dr. med Olga Braig**

Fachärztinnen für Innere Medizin und Diabetologie

Georg-Friedrich-Hegel-Straße 20\* 16225 Eberswalde \* 03334-254154

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen ausführlich auszufüllen und zutreffendes anzukreuzen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter!

Herzlichen Dank!

**Persönliche Daten:**

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	
Telefon: _____	E-Mail: _____
Hausarzt: _____	

**Welche Medikamente nehmen Sie ein oder geben Sie uns einen Medikamentenplan?**

Medikamente (mit mg-Angabe)	morgens	mittags	abends	Zur Nacht

**Eigene Vorgeschichte**

Bitte zählen Sie Ihre Kinderkrankheiten und alle ernstlichen Erkrankungen, wie Operationen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, erhöhte Blutfettwerte, Durchblutungsstörungen Gelbsucht, Nierenentzündungen, o.ä. in zeitlicher Reihenfolge auf:

---



---



---



---

**Allgemeine Angaben:**

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm    aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
 Gewichtsverlust im letzten Jahr, wenn ja wie viel: \_\_\_\_\_ gewollt?     Ja     Nein  
 Zahl des nächtlichen Toilettenbesuches: \_\_\_\_\_  
 Stuhlgang regelmäßig/ggf. Abführmittel: \_\_\_\_\_  
 Rauchen Sie?     Ja     Nein    Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_ / Tag  
 Trinken Sie Alkohol?     Ja     Nein    Wenn ja, wie viele Gläser / Woche? \_\_\_\_\_  
 Sind Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt?    Ja     Nein   
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Familienvorgeschichte** (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Sind in Ihrer Familie bereits folgende Erkrankungen aufgetreten?

Diabetes mellitus: \_\_\_\_\_  
Krebs: \_\_\_\_\_  
Bluthochdruck: \_\_\_\_\_

**Soziale Vorgeschichte:**

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Zuletzt ausgeführter Beruf: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
Kinder, wenn ja wie viele? \_\_\_\_\_

**Für Patienten mit Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus  Typ 1  Typ 2 andere Form \_\_\_\_\_  
Seit wann ist der Diabetes bekannt? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente gegen den Diabetes mellitus ein? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Spritzen Sie Insulin?  Ja  Nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
Mit wie vielen Einheiten?

Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	BE-Faktor (en)

Wie oft wechseln Sie die Nadeln/ Lanzetten? \_\_\_\_\_  
Messen Sie bereits den Blutzucker?  Ja  Nein  
Wenn ja mit welchem Gerät? \_\_\_\_\_  
Wie oft messen Sie den Blutzucker \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tag \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Woche  
Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie? \_\_\_\_\_ mmol/l  
Welchen Korrekturfaktor haben Sie? 1IE zusätzlich für \_\_\_\_\_ mmol/l

Hatten Sie bereits eine Unterzuckerung? Ja  Nein  Wenn ja wie oft pro Monat? \_\_\_\_\_  
Ab welchen Wert merken Sie eine Unterzuckerung?  
 unter 2,2mmol/l  ab 3,3mmol/l  ab 4,4 mmol/l  über 4,4mmol/l

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?  
 Ja  Nein Wenn ja, wann \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ und wo \_\_\_\_\_ ?

Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil?  Ja  Nein

### Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus?

Nieren Ja  Nein

Mitbehandlung Nephrologe, wenn ja bei wem \_\_\_\_\_

Augen  Ja  Nein

Wann war die letzte Augenkontrolle? Ergebnis:  ohne Befund  Netzhautschäden

Füße bzw. Folgeschäden an den Beinen?  Ja  Nein

(z.B. verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/Füßen? Missempfindungen wie Kribbeln, Taubheitsgefühl?)

Ist bereits eine Polyneuropathie (Nervenstörung) bekannt?  Ja  Nein

Podologische Behandlung?

Spezielle Diabetesschuhe/ Einlagen

Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Erektionsstörung?  Ja  Nein

#### Bitte halten Sie – falls vorhanden – folgendes bereit:

- ✓ Medikamentenplan
- ✓ Aktuelle Laborbefunde
- ✓ Vorbefunde
- ✓ Gesundheits-Pass Diabetes
- ✓ Blutzuckermessgerät/ -Tagebuch
- ✓ Insulinpen

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

#### **Liebe Patienten!**

*Falls Ihnen bewusst wird, dass der vereinbarte Termin Ihrerseits nicht eingehalten werden kann, geben sie uns bitte baldmöglichst Bescheid. Zur optimalen Behandlung der Patienten ist ein gutes Zeitmanagement wichtig. Sie können durch Ihre Mitarbeit dazu beitragen.*

*Wir danken Ihnen!*

*Ihr Praxis-Team Giesche*