

ANAMNESEBOGEN DM NEU

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

männlich weiblich Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Telefonnummer: _____ E-Mail Adresse: _____

Aktuelle Beschwerden:

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

Vorerkrankungen:

Haben Sie relevante Vorerkrankungen?

Bestehen bei Ihnen Allergien?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Oder trinken Sie Alkohol?

Rauchen ja nein Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Alkohol ja nein Wenn ja, wie oft? _____

Familienanamnese:

Bestehen in Ihrer Familie Erkrankungen?

Medikamente:

Medikament	Dosis	morgens/mittags/abends

Sozialanamnese:

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Leben Sie mit jemandem zusammen in einem Haushalt? _____

Was machen Sie beruflich? _____

Treiben Sie Sport bzw. haben Sie viel Bewegung? _____

Diabetes mellitus:

Wann wurde der Diabetes festgestellt? _____ Welcher Typ? _____

Hatten Sie damals Beschwerden? nein

ja, viel Durst häufiges Wasserlassen nächtliches Wasserlassen Müdigkeit

trockener Mund Sehstörungen Gewichtsverlust (_____ kg)

Haben Sie Probleme mit **Unterzuckerungen**? ja, _____ nein

Haben Sie Probleme mit **Überzuckerungen**? ja, _____ nein

Haben Sie bereits einen Diabeteskurs besucht? ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät? Welches? _____

Was beachten Sie bei Ihrer Ernährung? _____

Folgeschäden: keine

Nervenstörungen: _____

Fußprobleme (z.B. Geschwüre, Amputationen, etc.): _____

nächtliches Wasserlassen Magen-Darm-Störungen Schwindel

Potenzprobleme Wadenkrämpfe Luftnot bei Belastung Nierenprobleme

Letzte Augenuntersuchung: _____ Befund: _____

Sonst: _____

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten