

## Neupatienten: Anamnesebogen Diabetes mellitus

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
im Sinne einer optimalen ärztlichen Versorgung bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Wurde bereits Diabetes bei Ihnen festgestellt?

Typ 1    Typ 2    Sonstiger.....    Nicht bekannt

Wann wurde ihr Diabetes festgestellt?..... Wo?.....

Warum kommen Sie in unsere Praxis?

Neuerkrankung    Kinderwunsch    Einstellung auf rtCGM  
 hoher HbA1c-Wert    Schwangerschaft    hohe Blutzuckerwerte  
 Einstellung auf Insulin    Einstellungsprobleme    Unterzuckerungen  
 Sehprobleme    Einstellung auf Insulinpumpe    Fußprobleme  
 Auf eigenen Wunsch    Einstellung Freestyle Libre

Seit wann haben Sie Beschwerden?.....

Wie hoch war ihr letzter HbA1c-Wert?.....    nicht bekannt

Messen sie Ihren Blutzucker?    ja    täglich    wöchentlich    nein

Hatten Sie im letzten Jahr Unterzuckerungen mit Bewusstlosigkeit?    ja    nein

Hatten Sie im letzten Jahr zu hohe Blutzuckerwerte mit Ketoazidose?    ja    nein

Wann war ihre letzte Augenuntersuchung?..... Befund.....

Wann war die letzte Fußuntersuchung?..... Befund.....

Haben Sie einen Gesundheitspass Diabetes    ja    nein

Haben sie bereits an einer Diabetesschulung teilgenommen?    ja, wann..... nein

Sind Sie in einem Programm eingetragen?    DMP    Hausärztervertrag    nein

Haben Sie noch andere Krankheiten?

Bluthochdruck    Herzerkrankung    Lebererkrankung  
 erhöhte Blutfette    Nierenerkrankung    Sonstige.....

Haben andere Familienmitglieder Diabetes?    ja, wer.....    nein

Trinken Sie mehr Wasser als sonst?    ja, wieviel.....    nein

Wie oft am Tag müssen Sie Wasser lassen?.....

Trinken Sie Alkohol?  ja, wieviel.....  nein  
Rauchen Sie?  ja, wie viele Zigaretten/Tag.....  nein  
Haben Sie Ernährungsunverträglichkeiten  ja, welche.....  nein  
Machen Sie Sport?  ja, welche.....  nein  
Familienstand:  alleinlebend  mit Partner lebend  mit Kindern zusammen  
Was machen sie beruflich?..... Schichtdienst  ja  nein  
Fahren Sie Auto?  ja  nein

Medikamente:

keine Medikamente  Tabletten,  Insulin,  Freestyle Libre  
 Dexcom/Guardian seit.....  seit.....  Insulinpumpe

Medikamente, tägliche Einnahme, Insuline:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Haben sie Medikamentenunverträglichkeiten?.....

Diabetes und Lebensqualität:

Vergeben sie bitte je 0-5 Punkte für die letzten 2 Wochen: 0 = nie 1 = manchmal 2 = weniger als die Hälfte 3 = mehr als die Hälfte 4 = meistens 5 = immer

Ich fühlte mich fröhlich und gut gelaunt?

0  1  2  3  4  5

Ich fühlte mich ruhig und gelassen?

0  1  2  3  4  5

Ich fühlte mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht?

0  1  2  3  4  5

Ich fühlte mich aktiv und vital?

0  1  2  3  4  5

Ich erlebe täglich eine Fülle von Dingen die mich interessieren?

0  1  2  3  4  5

Bitte Gesamtpunktzahl eintragen:.....