

Anamnesebogen Diabetologie

Aufnahmedatum: ____/____/____

Erhoben von: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ kg/m²

Geschlecht: ♀ ☐ oder ♂ ☐

Hausarzt (inkl. Anschrift und Telefonnr.):

einweisender Arzt ☐

Diabetologe (inkl. Anschrift und Telefonnr.):

einweisender Arzt ☐

Diabetes mellitus Typ 1 ☐
 Typ 2 ☐
 Pumpentherapie ☐ (bitte Zusatzbogen verwenden)
 oder andere ☐ _____

seit wann: _____

Durch welche Anzeichen wurde der Diabetes mellitus festgestellt?

Gewichtsverlust ☐
Durstgefühl ☐
starker Harndrang ☐
trockene Haut ☐
Zufallsbefund ☐
sonstige ☐ _____

Haben Sie Familienangehörige mit Diabetes mellitus?

nein ☐

ja ☐ welcher Typ? _____

Wie war Ihr letzter HbA1c und wann wurde er gemessen?

_____ % vom: _____

Wann war Ihre letzte Blutzucker-Neueinstellung und durch wen erfolgte sie (z.B. Hausarzt, Diabetologen)?

am: _____ bei: _____

Haben Sie bisher so starke Unterzuckerungen gehabt, dass Sie Fremdhilfe benötigt haben?

nein ☐

ja ☐ wie häufig? _____

Wie viele Unterzuckerungen (ohne Fremdhilfe) haben Sie im Monat?

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung (Hypoglykämie) und was sind die Symptome?

ab _____ mg/dl

Zittern ☐

kalter Schweiß ☐

Konzentrationsschwäche ☐

Sprachstörungen ☐

Heißhunger ☐

sonstige ☐ _____

Wie ist Ihr aktueller Blutzucker-Zielwert? _____ mg/dl

Aufbau der aktuellen Diabetestherapie anhand der Tabelle (weiße Kästchen ausfüllen):

	Insulin- bzw. Medikamentenname (inkl. Dosis)	Frühstück	ZM	Mittagesse n	ZM	Abendessen	Spätmahlzei t	Gesamt- menge / Tag
BE /KE								
BE / KE-Faktor								
Bolusinsulin								
Basisinsulin (inkl. Uhrzeit)								
Mischinsulin								
Korrekturfaktor								
orale Antidiabetika								
Inkretine								
Blutdruck- medikamente								

Welches Blutzuckermessgerät verwenden Sie und wie alt ist dieses?

Wie häufig messen Sie Ihren Blutzucker?

Haben Sie bedingt durch den Diabetes Begleit- bzw. Folgeerkrankungen?

Retinopathie (Augenerkrankung) ☐

Polyneuropathien (Nervenschädigungen) ☐

Ulzera (Diabetisches Fußsyndrom) ☐

Nephropathie (Nierenerkrankung) ☐

Herz-Kreislauf-Erkrankungen ☐

sonstige ☐ _____

Sind Sie aktuell in einer besonderen Lebenssituation, weshalb die Blutzuckereinstellung nicht so gut funktioniert?

Rauchen Sie?

nein ☐

ja ☐ wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

nein ☐

ja ☐ wie viel? _____ (pro Tag/pro Woche)

Haben Sie Allergien bzw. Unverträglichkeiten (Lebensmittel und/oder Medikamente)?

Wie sportlich aktiv sind Sie?

Alltagsaktivität: _____ Minuten x pro Woche

Cardiotraining: _____ Minuten x pro Woche

Muskelaufbautraining: _____ Minuten x pro Woche

Was ist der Grund Ihres Aufenthaltes in unserer Ambulanz?

Routinekontrolle ☐

häufige Hypoglykämien ☐

erhöhte Blutzuckerwerte ☐

Pumpeneinstellung ☐

Insulinneueinstellung ☐

sonstiges ☐ _____

Benötigen Sie Hilfe bei Ihrer aktuellen Therapie zu Hause (z.B. beim Insulin spritzen, der Blutzuckermessung etc.)?

Anmerkungen/Schulungsempfehlungen: