



Zentrum für Innere Medizin u. Dialyse – Robert-Weixler-Str.9 – 87439 Kempten

- Anamnesebogen – Diabetologie -

Patient:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt _____

Allgemeine Angaben:

Körpergröße (in cm)

Körpergewicht (in kg)

Rauchen ja nein | Ex-Raucher ja nein

Wenn "Ja" – wie viele? Zigaretten / Tag

Trinken Sie Alkohol?

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet

Kinder ja nein

Sind Sie berufstätig? ja nein

Berufliche Tätigkeit

Schichtarbeit ja nein | schwere körperliche Tätigkeit ja nein

Wer ist bei Ihnen für die Essenszubereitung zuständig?

Medizinische Angaben:

Seit wann haben Sie Diabetes (MM/JJ)?

Welchen Typ Diabetes haben Sie? Typ 1 Typ 2 Sonstige

Sind Sie bei Ihrem Hausarzt im DMP (Diabetes-Programm) eingeschrieben? ja nein
 Keine Ahnung

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus ja nein

Wenn "Ja" – warum:

Dr. R. Sessler
Facharzt für Innere Medizin
Nephrologie / Hypertensiologie DHL

Dr. M. Milchsack
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologie / Nephrologie

Dr. F. Ernst
Fachärztin für Innere Medizin
Nephrologie / Diabetologie
Hypertensiologie (DHL)

Dr. J. Eberhard
Facharzt für Innere Medizin
Nephrologie

Prof. Dr. W. Ito
Facharzt für Innere Medizin
Angiologie / Kardiologie

Dr. P. Stiller
Facharzt für Innere Medizin
Angiologie / Kardiologie
Rhythmologie

Dr. T. Leitenstorfer
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologie / Angiologie

Dr. U. Barthels
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologie

Dr. S. Demmig
Fachärztin für Innere Medizin
Diabetologie

Dr. A. Felder
Fachärztin für Innere Medizin
Diabetologie

In Praxisgemeinschaft:

C. Rossmann
Facharzt für Innere Medizin
Rheumatologie
Tel.: 0831 / 52350 - 22

Sind bei Ihnen weitere Erkrankungen bekannt?

Bluthochdruck Fettstoffwechselstörung Schilddrüsenfehlfunktion Nierenerkrankung

Fettleber neurologische Erkrankung psychologische Erkrankung

Sonstige :

Wie häufig messen Sie Ihren Blutzucker? x/Tag x/Woche x/Monat Nie

Welches Blutzuckermessgerät nutzen Sie?

Hatten Sie im letzten Jahr schwere Unterzuckerungen ja Anzahl: nein

Hatten Sie in letzter Zeit Probleme mit zu hohen BZ-Werten ja nein

Waren Sie schon einmal wegen Ihrer Diabetes-Erkrankung beim Augenarzt ja nein

Wann?

Hat Ihr Hausarzt schon einmal Ihre Füße untersucht (Fußpulse, Stimmgabel, Temperaturempfinden, Sensibilität ...)?

ja nein

Gibt es irgendwelche Probleme mit Ihren Füßen?
(z. B. Empfindungsstörungen)

ja nein

Haben Sie bereits eine Diabetesschulung besucht? ja wann? wo?
 Nein

Welche Uhrzeit ist im Fall einer Schulung für Sie günstig?

Medikamente

Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente ein? ja nein

Wenn "Ja" – welche?

siehe Medikamentenplan

Spritzen Sie Insulin? ja nein

Wenn "Ja":

Seit wann spritzen Sie Insulin?

Name des Insulins:

Morgens: I.E. Mittags: I.E. Abends: I.E. Zur Nacht I.E.

Passen Sie Ihre Insulindosis selbst an? ja nein

Sind Sie mit der Berechnung von
BE/KE vertraut)

ja nein

Mein Zielblutzucker ist: mg/dl