

Anamnesebogen

MVZ am Moersbach – Praxis für Diabetologie · Nordring 1-2 · 47441 Moers
02841-9993199 · info@diabetologie-moers.de · diabetologie-moers.de

Praxis für
Diabetologie



MVZ AM MOERSBACH

.....
Vor- und Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon

.....
E-Mail

Ihre Lebenssituation?

☐ allein ☐ Gemeinschaft ☐ Pflegeheim

Ist ein Pflegegrad vorhanden?

☐ nein ☐ ja welcher Grad?

Besucht Sie ein Pflegedienst?

☐ nein ☐ ja wie oft pro Tag?

Sind Sie eingetragen in einem DMP (Disease Management Programm)?

☐ nein ☐ ja welches?

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie eine Patientenverfügung?

☐ nein ☐ ja

Organspendeausweis vorhanden?

☐ nein ☐ ja

Rauchen Sie?

☐ nein ☐ ja

Alkoholgenuss:

☐ nie ☐ gelegentlich ☐ täglich

andere Suchtmittel (Cannabis, Ecstasy o.a.):

☐ nie ☐ gelegentlich ☐ täglich

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja wie oft?

Bekannte Erkrankungen:

Pat Fam

Koronare Herzerkrankung / Herzinfarkt

☐ ☐

Herzschwäche

☐ ☐

Durchblutungsstörung

☐ ☐

Hoher Blutdruck

☐ ☐

Schlafapnoe

☐ ☐

COPD / Asthma

☐ ☐

Schilddrüsenerkrankung

☐ ☐

Lebererkrankung

☐ ☐

Nierenerkrankung

☐ ☐

Krebserkrankung

☐ ☐

Neurologische Erkrankungen

☐ ☐

Psychologische Erkrankungen

☐ ☐

Hohe Blutfette

☐ ☐

Gicht (erhöhte Harnsäurewerte)

☐ ☐

Diabetes mellitus

☐ ☐

Nervenstörungen in den Füßen

☐ ☐

Diabetisches Fußsyndrom

☐ ☐

Bauchspeicheldrüsenerkrankung

☐ ☐

Weitere Vorerkrankungen / Diagnosen:

Medikamente, die Sie einnehmen – Bitte hier auflisten
(inkl. Dosierung) – oder Medikamentenplan bereithalten

Medikamenten-Unverträglichkeiten:

Allergien oder sonstige Unverträglichkeiten:

Frühere Krankenhausaufenthalte:

Durchgeführte Operationen:

Bitte Rückseite beachten!

Anamnesebogen Diabetes

MVZ am Moersbach – Praxis für Diabetologie · Nordring 1-2 · 47441 Moers
02841-9993199 · info@diabetologie-moers.de · diabetologie-moers.de

Praxis für
Diabetologie



MVZ AM MOERSBACH

Wer ist Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin?

Waren Sie schon bei einem Diabetologen?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, wann? Und wo?

Wann wurde bei Ihnen erstmals Diabetes festgestellt?

☐ Typ1 ☐ Typ2 ☐ Gestationsdiabetes ☐ sonstiger Diabetes-Typ

Liegt Diabetes in der Familie?

☐ nein ☐ ja Wer? Typ

Beruf:

Schichtdienst: ☐ nein ☐ ja

Führen Sie ein Kraftfahrzeug?

☐ nein ☐ PKW ☐ Motorrad ☐ LKW ☐ Personenbeförderung

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

Befund: ☐ unauffällig ☐ auffällig

Spritzen Sie Insulin?

☐ nein ☐ ja, seit Name Insulin:

Welchen Insulinpen / Pumpe benutzen Sie?

Welches Zuckermessgerät benutzen Sie?

Wie oft messen Sie?

☐ hin und wieder ☐ 1- bis 2x pro Woche ☐ 1- bis 2x tgl. ☐ 3- bis 4x tgl. ☐ >5x pro Tag ☐ CGM-System

Leiden Sie an Unterzuckerungen?

☐ nein ☐ ja (Häufigkeit)

Ab wann bemerken Sie Unterzuckerungen?

☐ < 40 ☐ < 60 ☐ < 70 ☐ < 80 ☐ < 90 mg/dl

Hatten Sie Unterzuckerungen, bei denen Sie auf fremde Hilfe angewiesen waren?

☐ nein ☐ ja (Häufigkeit) Wenn ja, wann zuletzt?

Haben Sie schon einmal an Diabetesschulungen teilgenommen?

☐ nein ☐ ja, Zeitpunkt: durch: ☐ Hausarzt ☐ Klinik/Reha ☐ Diabetologe

Vielen Dank für Ihre Mühe!