ANAMNESEBOGEN

Diabetespraxis
Ahaus

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir begrüßen Sie in unserer Diabetespraxis. Es ist uns ein Anliegen, Sie individuell und bestmöglichst zu behandeln. Dafür benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie den Bogen aus und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen (Antworten in die freien Felder schreiben oder ankreuzen), damit wir in der Sprechstunde möglichst viel Zeit für Sie zu Verfügung haben.

Datum der Vorstellung .....

Name .....

Geburtsdatum .....

Telefonnummer .....

Familienstand ◯ *ledig* ◯ *verheiratet* ◯ *geschieden* ◯ *Witwe/Witwer*

Kinder bzw. Enkelkinder .....

Erlernter Beruf .....

Aktuelle Berufstätigkeit .....

Rentner/Pensionär .....

Besondere Arbeitszeiten *(z.B. Schichtdienst; Nachtschicht)* .....

Hausarzt .....

Wie groß sind Sie? ..... **cm**

1. **Seit wann ist bei Ihnen Diabetes bekannt?** .....
2. **Ist oder war ein anderes Familienmitglied an Diabetes erkrankt?**
   ◯ *nein* ◯ *ja;* *wenn ja: wer?* .....
3. **Führen Sie Blutzucker – Selbstkontrolle durch?** ◯ *nein* ◯ *ja*
4. **Haben Sie bisher an einer Diabetikerschulung teilgenommen?** ◯ *nein* ◯ *ja*
5. **Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate wegen des Diabetes im Krankenhaus?** ◯ *nein* ◯ *ja*
6. **Wird Ihr Diabetes mit Medikamenten behandelt?**
   ◯ *nein* ◯ *ja mit Tabletten oder anderen Medikamenten* ◯ *ja mit Insulin;*
7. **Seit wann führen Sie die Insulintherapie durch?** .....

Ernährung:

8. **Mein Lieblingsgericht** .....
9. **Wer bereitet das Mittagessen zu?** ◯ *Ich selbst* ◯ *andere Person* ◯ *Essen auf Rädern*
10. **Meine Trinkmenge täglich** ◯ *weniger als 1 L* ◯ *1-1,5 L* ◯ *1,5-2 L* ◯ *mehr als 2 L*

ANAMNESEBOGEN

Diabetespraxis
Ahaus

11 Mein Lieblingsgetränk .....

12 Mein Gewicht ist in den letzten 6 Monaten etwa gleich geblieben:

◯ *ja* ◯ *nein, abgenommen* ◯ *nein, zugenommen*

13 Ist bei Ihnen eine Nahrungsunverträglichkeit bekannt? ◯ *nein* ◯ *ja*

14 *Wenn ja, welche?* .....

Bewegung:

15 Bewegen Sie sich regelmäßig? ◯ *nein* ◯ *ja* *Wenn ja, welche:*

◯ *Gehen* ◯ *Walken Fahrrad fahren* ◯ *Schwimmen* ◯ *Sonstiges* .....

16 Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt? ◯ *nein* ◯ *ja*

17 Benötigen Sie eine Hilfe?

◯ *Gehstock* ◯ *Rollator* ◯ *Rollstuhl*

Genussmittel:

18 Nikotin: ◯ *nein* ◯ *ja früher* ◯ *ja: wieviel Zigaretten/Tag:* .....

19 Alkohol: ◯ *nein* ◯ *selten* ◯ *am Wochenende* ◯ *mehrmals pro Woche* ◯ *täglich*

Begleiterkrankungen:

20 Ist bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung bekannt? ◯ *nein* ◯ *ja*

21 Ist bei Ihnen ein erhöhter Blutdruck bekannt? ◯ *nein* ◯ *ja*

22 Hatten Sie einen Herzinfarkt? ◯ *nein* ◯ *ja*

23 Wurde bei Ihnen eine Bypass–Operation am Herzen durchgeführt? ◯ *nein* ◯ *ja*

24 Hatten Sie einen Schlaganfall? ◯ *nein* ◯ *ja*

25 Wurde bei Ihnen eine Amputation im Fußbereich durchgeführt? ◯ *nein* ◯ *ja*

26 Wurde bei Ihnen ein Stent an den Hals– oder Beingefäßen eingelegt? ◯ *nein* ◯ *ja*

27 Wurde bei Ihnen eine Bypass-Operation an den Hals- oder Beingefäßen durchgeführt? ◯ *nein* ◯ *ja*

28 Wann sind Sie zuletzt beim Augenarzt gewesen? .....

29 Mein größtes Problem mit dem Diabetes ist derzeit:

.....

30 Ich habe folgende Fragen an Sie: .....

31 Ich habe folgenden Wunsch im Zusammenhang mit dem Diabetes: .....

Stand 10/2026