

Diabetes-Anamnesebogen / Diabetes Medical History Form

Persönliche Daten / Personal data:

Name / Name:

Vorname / First name:

Geburtsdatum / Date of birth:

Herkunftsland/ -ort / Country / place of origin:

Staatsangehörigkeit / Nationality:

Sprachkenntnisse / Languages:

Kontaktdaten / Contact details:

Telefonnummer / Telephone number:

E-Mail / Email:

Derzeitige Anschrift / Current address:

Telefonnummer des Dolmetschenden / Telephone number of interpreter:

Gesundheitszustand (Bitte möglichst genau beantworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.) / Health (please answer in as much detail as possible. Your information will be treated confidentially.):

Welche Diabetesform liegt bei Ihnen vor? Bitte kreuzen Sie an. / Which form of diabetes do you have? Please check.

- Typ-1-Diabetes / Type 1 diabetes
- Typ-2-Diabetes / Type 2 diabetes
- Schwangerschaftsdiabetes / Gestational diabetes
- Andere Diabetesform / Other form of diabetes

Wann wurde Ihr Diabetes diagnostiziert? (Monat/Jahr) / When were you diagnosed with diabetes? (month/year)

.....

Wie war Ihr letzter Blutzucker-Langzeitwert (HbA1c)? / What were your last average blood sugar levels (HbA1c)?

.....

Haben Sie Folgeerkrankungen des Diabetes? Bitte kreuzen Sie an. / Do you have complications from diabetes? Please check.

- Herz / Heart
- Nieren / Kidneys
- Augen / Eyes
- Nerven (Beine/Füße) / Nerves (legs/feet)
- Nein, ich habe keine Folgeerkrankungen. / No, I do not have complications.



Haben Sie weitere Erkrankungen? Wenn ja, bitte geben Sie an, welche. / Do you have other diseases? If so, please state which.

Rauchen Sie? / Do you smoke?

- Nein / No
- Ja / Yes

Sind Sie schon bei einem Allgemeinmediziner / Hausarzt? (Name) / Do you see a general practitioner? (name)

Soll der Allgemeinmediziner/ Hausarzt einen Bericht bekommen? / Should the general practitioner receive a report?

- Nein / No
- Ja / Yes

Sind Sie schwanger? / Are you pregnant?

- Nein / No
- Ja / Yes

Wenn ja, geben Sie bitte an, in welcher Schwangerschaftswoche Sie sind. / If so, please state the week of pregnancy.

Ihre bisherige Diabetes-Ausstattung, bitte ankreuzen. / Please check your previous diabetes equipment.

- Insulin-Pen / Insulin pen
- Insulinpumpe / Insulin pump
- Insulin-Spritzen / Insulin syringe
- Blutzuckermessgerät / Blood glucose meter
- Kontinuierliches Glukosemessgerät / Continuous glucose monitor
- Hybrides Closed-Loop-System / Hybrid closed-loop system

Diabetes-Medikamente und Insulin / Diabetes medication and insulin

Welches Insulin nehmen Sie? Bitte geben Sie Zutreffendes an. / Which insulin do you take? Please indicate accordingly.

- Ich nehme kein Insulin / I do not take insulin
- Ich nehme folgendes Insulin / I take the following insulin:

Welche blutzuckersenkenden Medikamente nehmen Sie? Bitte geben Sie Zutreffendes an. / Which blood sugar lowering medication do you take? Please indicate accordingly.

- Ich nehme keine blutzuckersenkenden Medikamente / I do not take blood sugar lowering medication
- Ich nehme folgende blutzuckersenkenden Medikamente / I take the following blood sugar lowering medication:

Nehmen Sie sonstige Medikamente? Bitte geben Sie Zutreffendes an. / Do you take other medication? Please indicate accordingly.

- Nein / No
- Ja, ich nehme / Yes, I take:

Medikamenten-/Spritz-Plan / Medication / injection plan:

Insulin / Medikament Insulin / medication	Dosis / Dosage	Morgens / Morning	Mittags / Noon	Abends / Evening	Vor dem Schlafen / Before bed

Einen detaillierten Medikamenten-Plan auf Englisch/Deutsch gibt es zum Download unter / A detailed medication plan may be downloaded in English/German at:
<https://www.diabinfo.de/leben/info-ecke/informationen-auf-ukrainisch.html>

Welche Medikamente / Hilfsmittel benötigen Sie aktuell? / Which medication / aids do you currently need?

- Insulin-Pen / Insulin pen
- Insulin-Spritzen / Insulin syringe
- Blutzuckermessgerät / Blood glucose meter
- Insulin / Insulin
- Blutzuckersenkende Medikamente / Blood sugar lowering medication
- Sonstiges / Other:

Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten / Other information you consider important:

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen. / Thank you for your efforts.

.....
 Ort, Datum / Place, date

.....
 Unterschrift des Patienten / der Patientin / Patient signature

Informationen rund um Diabetes finden Sie unter / Information about diabetes is provided at: <https://www.diabinfo.de/>

Zahlreiche Seiten bieten wir auch auf weiteren Sprachen an / We also offer many pages in other languages:

- Türkisch / Turkish: <https://www.diabinfo.de/tr/>
- Polnisch / Polish: <https://www.diabinfo.de/pl/>
- Russisch / Russian: <https://www.diabinfo.de/ru/>