

## Diabetes-Anamnesebogen

### Persönliche Daten:

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

### Kontaktdaten:

Telefonnummer: .....

E-Mail: .....

Anschrift: .....

### Gesundheitszustand

**(Bitte möglichst genau beantworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.)**

Welche Diabetesform liegt bei Ihnen vor? Bitte kreuzen Sie an.

- Typ-1-Diabetes
- Typ-2-Diabetes
- Schwangerschaftsdiabetes
- Andere Diabetesform

Wann wurde Ihr Diabetes diagnostiziert? (Monat/Jahr) .....

Wie war Ihr letzter Blutzucker-Langzeitwert (HbA1c)? .....

Haben Sie Folgeerkrankungen des Diabetes? Bitte kreuzen Sie an.

- Herz
- Nieren
- Augen
- Nerven (Beine/Füße)
- Nein, ich habe keine Folgeerkrankungen.

Haben Sie weitere Erkrankungen? Wenn ja, bitte geben Sie an, welche.

.....  
.....

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja

Wie lautet der Name Ihrer Hausärztin / Ihres Hausarztes?

.....

Soll die Hausärztin / der Hausarzt einen Bericht bekommen?

- Nein
- Ja

Sind Sie schwanger?

- Nein
- Ja

Wenn ja, geben Sie bitte an, in welcher Schwangerschaftswoche Sie sind. ....

## Ihre bisherige Diabetes-Ausstattung, bitte ankreuzen.

- Insulin-Pen
- Insulinpumpe
- Insulin-Spritzen
- Blutzuckermessgerät
- Kontinuierliches Glukosemessgerät
- Hybrides Closed-Loop-System

## Diabetes-Medikamente und Insulin

Welches Insulin nehmen Sie? Bitte geben Sie Zutreffendes an.

- Ich nehme kein Insulin
- Ich nehme folgendes Insulin: .....

Welche blutzuckersenkenden Medikamente nehmen Sie? Bitte geben Sie Zutreffendes an.

- Ich nehme keine blutzuckersenkenden Medikamente
  - Ich nehme folgende blutzuckersenkenden Medikamente: .....
- .....

Nehmen Sie sonstige Medikamente? Bitte geben Sie Zutreffendes an.

- Nein
- Ja, ich nehme: .....

## Medikamenten-/Spritz-Plan:

Insulin / Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Vor dem Schlafen

Einen detaillierten Medikamenten-Plan gibt es zum Download unter: <https://www.diabinfo.de/fachkreise/downloads/fact-sheets-fuer-ihre-taegliche-arbeit.html>

Welche Medikamente / Hilfsmittel benötigen Sie aktuell?

- Insulin-Pen
- Insulin-Spritzen
- Blutzuckermessgerät
- Insulin
- Blutzuckersenkende Medikamente
- Sonstiges: .....

Weitere Informationen, die Sie für wichtig halten:

.....  
.....  
.....

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Patientin / des Patienten

Informationen rund um Diabetes finden Sie unter: <https://www.diabinfo.de/>

Viele weitere praktische Downloads stehen Ihnen unter <https://www.diabinfo.de/fachkreise/info-ecke/downloads.html> zur Verfügung.

Zudem bieten wir zahlreiche Seiten auch auf den Sprachen Englisch, Türkisch, Polnisch und Russisch an.