

# Anamnesebogen

Schön, dass Sie bei uns sind! Damit wir Ihnen bestmöglich helfen können, benötigen wir einige Informationen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und bringen Sie das ausgefüllte Formular zum Termin mit. Sollten Sie bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## Ihre Adresse

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

## Wie können wir Sie erreichen?

Telefon, Mobil: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_ Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_  
Blutdruck in mm Hg: \_\_\_\_/\_\_\_\_ HbA1c-Wert in %: \_\_\_\_\_  
Blutzucker nüchtern, falls bekannt: \_\_\_\_\_  
Mit welchem Gerät gemessen? \_\_\_\_\_

Beruf:  Schüler  Hausfrau/mann  Rentner  arbeitssuchend  
 berufstätig, und zwar als: \_\_\_\_\_  
 normale Arbeitszeiten  Schichtbetrieb  
 krankgeschrieben seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Dokumentname	Version	Thema/Kapitel	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_EV	V01		4.4.2021	1.4.2021	4.4.2021	6.4.2021	1/5
			DD	KB, PT	DD		

## Risikofaktoren

Sport:  nie  manchmal  wöchentlich  täglich  
 Sportart: \_\_\_\_\_  
 Ich habe einen Beruf mit körperlicher Bewegung

Alkoholkonsum:  nie  selten  regelmäßig  täglich  
 Bier  Wein  Schnaps, Likör  
Wenn täglich: \_\_\_\_  Gläser  Flaschen/Tag

Rauchen:  nie  gelegentlich  
 früher ja, aber ich habe aufgehört. Wann? \_\_\_\_\_  
 Ja, ich rauche ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Besondere berufliche oder private Belastungen:  Nein  Ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwerbehindert?  Nein  Ja, GdB in %: \_\_\_\_\_

## Ihre Ärzte (Name und Ort genügen) \*freiwillige Angabe, aber erforderlich für Befundweitergabe

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Augenarzt: \_\_\_\_\_  
Andere Ärzte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Welche Operationen hatten Sie?

Art	Wann
<input type="checkbox"/> Herz-OP	_____
<input type="checkbox"/> Gefäß-OP	_____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsen-OP	_____
<input type="checkbox"/> Krebs-OP	_____
<input type="checkbox"/> Gynäkologische OP	_____
<input type="checkbox"/> Orthopädische OP	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige OP	_____

Dokumentname	Version	Thema/Kapitel	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_EV	V01		4.4.2021	1.4.2021	4.4.2021	6.4.2021	2/5
			DD	KB, PT	DD		

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

- Diabetes mellitus     Typ 1     Typ2    seit \_\_\_\_\_
- mit Tablettentherapie    seit \_\_\_\_\_
- mit Insulintherapie    seit \_\_\_\_\_
- mit Insulinpumpenbehandlung    seit \_\_\_\_\_
- Wenn ja, welche Pumpe?    \_\_\_\_\_
- mit  CGM oder  FGM    seit \_\_\_\_\_
- Diabetische Nervenstörung    seit \_\_\_\_\_
- Diabetische Augenkrankheit    seit \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck    seit \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt    Wann? \_\_\_\_\_
- Schlaganfall    Wann? \_\_\_\_\_
- Krebs    Wann? \_\_\_\_\_    Art: \_\_\_\_\_
- Durchblutungsstörung    seit \_\_\_\_\_
- Psychische Erkankung    seit \_\_\_\_\_
- Fettstoffwechselstörung    seit \_\_\_\_\_
- Harnsäurestörung    seit \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung    seit \_\_\_\_\_    Art: \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankung    seit \_\_\_\_\_    Art: \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung    seit \_\_\_\_\_    Art: \_\_\_\_\_
- Hepatitis, HIV, o.ä.:    seit \_\_\_\_\_    Art: \_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tante)?**

- Diabetes mellitus    Bei wem? \_\_\_\_\_     Typ1     Typ2
- Bluthochdruck    Bei wem? \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt    Bei wem? \_\_\_\_\_
- Schlaganfall    Bei wem? \_\_\_\_\_
- Krebs    Bei wem? \_\_\_\_\_    Art: \_\_\_\_\_
- Durchblutungsstörung    Bei wem? \_\_\_\_\_
- Psychische Erkankung    Bei wem? \_\_\_\_\_
- Fettstoffwechselstörung    Bei wem? \_\_\_\_\_

Dokumentname	Version	Thema/Kapitel	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_EV	V01		4.4.2021	1.4.2021	4.4.2021	6.4.2021	3/5
			DD	KB, PT	DD		

## Für Frauen

Anzahl Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Anzahl Geburten: \_\_\_\_\_

Anzahl Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Gynäkologische Erkrankungen seit \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsdiabetes seit \_\_\_\_\_  Behandlung mit Insulin

Ich verwende Verhütungsmittel. Welches? \_\_\_\_\_

Ich befinde mich in den Wechseljahren:  Nein  Ja

Behandelnder Gynäkologe: \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angabe, aber erforderlich für Befundweitergabe

## Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Nein  Ja, und zwar gegen: \_\_\_\_\_

## Untersuchung des Augenhintergrunds mit Weittropfen der Pupille?

Noch nie  Ja, und zwar am: \_\_\_\_\_

## Sind Sie bei Ihrer Krankenversicherung in einem DMP (Disease Management Program) für Diabetes eingeschrieben?

Nein  Ja, DMP Typ 1  Ja, DMP Typ 2

## Haben Sie schon einmal eine Diabetes-Schulung besucht?

Nein  Ja Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

## Gibt es Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten?

Nein  Ja, und zwar gegen: \_\_\_\_\_

## Haben Sie aktuell gesundheitliche Beschwerden, Sorgen, Wünsche?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \*freiwillige Angabe

Arzt  Familie  Bekannte(r)  Telefonbuch  Zeitung  
 Homepage  Jameda-Bewertung  Sonstiges \_\_\_\_\_

Dokumentname	Version	Thema/Kapitel	erstellt/geändert	geprüft	freigegeben	gültig ab	Seite
QM_PAT_EV	V01		4.4.2021	1.4.2021	4.4.2021	6.4.2021	4/5
			DD	KB, PT	DD		

