

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie im Diabeteszentrum Mittweida begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten und behandeln zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten	
Name: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	Mobiltelefon: _____
Anschrift: _____	
E-Mail: _____	

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Operationen/ Erkrankungen im Bauchraum | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt |

Andere, nicht aufgeführte: _____

Fragen zum Diabetes:

Wann wurde der Diabetes festgestellt? _____ und welcher Diabetes Typ? _____

Welche Diabetesmedikamente haben Sie schon bekommen? _____

Wurde eine Diabetesschulung durchgeführt? Ja Nein

Wenn „Ja“, welches Thema? _____

Sind (im aktuellen Jahr) auffällige Laborwerte bekannt geworden? _____

Sind diabetische Folgeerkrankungen bekannt? am Auge an der Niere an den Nerven

Fahren Sie Auto? Ja Nein LKW?

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

Wenn „Ja“, an welchem: KHK Asthma COPD Diabetes

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

(Bitte Angabe des Präparates und der Dosis **oder den Medikamentenplan mitbringen**)

Medikament	morgens	mittags	abends

Haben Sie Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Allergien: Ja Nein Wenn „Ja“, welche: _____

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Wann wurden Sie zuletzt **geimpft**, gegen:

Tetanus: _____ Diphtherie: _____

Pneumokokken: _____ Keuchhusten: _____

Masern: _____ Covid - 19: _____

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter **Check-up**? _____

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**? Ja Nein

Wenn „Ja“, wann? _____

Rauchen Sie: Nein Ja, täglich _____ Zigaretten

Seit wann rauchen Sie? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig: _____

Wann war Ihre letzte Augenkontrolle? Datum: _____

Ohne Befund Netzhautschäden

Wurde in letzter Zeit ein EKG oder ein Belastungs-EKG durchgeführt? Nein Ja, am _____

Wurde in letzter Zeit eine Langzeitblutdruckmessung durchgeführt? Nein Ja, am _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen

Schlaganfall Durchblutungsstörung der Beine

Freizeitaktivitäten/ Sport: _____

Beruf: _____

Wohnsituation: Mit Partner lebend Kinder im Haus Alleinstehend

Haben Sie Interesse an einer individuellen Ernährungsberatung? Ja Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine spezielle Ernährungsberatung? Ja Nein

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns?

- Diabetologische Betreuung Regelmäßige Kontrollen nach Gesundheitspass
 Hausärztliche Betreuung Besuch der Fußambulanz
 Wissensbedarf (Schulung) Andere: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem Diabeteszentrum Mittweida, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____