



Fragebogen für Menschen ohne Diabetes

Liebe Patienten, Lieber Patient,

Sie besuchen unsere Praxis heute zum ersten Mal. Um Sie zielgerichtet behandeln zu können, bitten wir Sie, diesen **3 seitigen** Fragebogen vorab schon einmal auszufüllen. Sollten Sie dabei Hilfe benötigen, sprechen Sie uns gerne an. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____ E-mail: _____

Tel-Nr.: _____ Mobil: _____

Familienstand & Wohnsituation (z.B. Heim, alleinstehend, etc.): _____

Beruf: _____ Schichtdienst: Ja Nein

Hobby: _____ Sport/Bewegung: _____ Std./ Woche

Körpergröße: _____ Körpergewicht : _____

Rauchen Sie? Ja Nein Ex-Raucher

Konsumieren Sie Alkohol? nichts | <5 Glas/Woche | >5 Gl./Woche | tgl.

Haben Sie einen Impfpass? Ja Nein wenn ja, dürften wir diesen einscannen? _____

Haben Sie einen Organspendeausweis? Ja Nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

Haben Sie eine Pflegestufe? Ja Nein wenn ja, welchen Grad? _____

Haben Sie eine anerkannte Schwerbehinderung? Ja wie viel Prozent? _____ Nein

Leiden Sie an Allergien? _____

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente nicht vertragen?

Dokumentname:	Bearbeitet von:	Version:	Freigabe-Datum dieser Version:	Freigebender:	Seite:
Diabetesanamnese	Dr. Hunke/M.Lehr	12/2022		Dr. E. Hunke	1 von 3



Unter welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie?

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Nieren Erkrankungen
- Fettstoffwechselstörung / erhöhtes Cholesterin
- Durchblutungsstörung an den Beinen / Füßen, Schaufensterkrankheit
- koronare Herzerkrankung
- Herzinfarkt Wenn ja wann: _____
- Schlaganfall Wenn ja wann und welche Schäden sind geblieben: _____
- Tumorerkrankungen
- Gelbsucht
- Tuberkulose
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Infektionskrankheiten
- Chronische Magen- & Darmerkrankung
- Nahrungsmittelunverträglichkeit Wenn ja welche: _____

Familienanamnese: Leiden oder litten Verwandte 1. Grades an den folgenden Erkrankungen?

- Nieren Erkrankungen koronare Herzerkrankung Herzinfarkt
- Tumorerkrankungen Schlaganfall

Benötigen Sie Hilfsmittel: Hörgerät, Brille, Rollator, Organprothesen? Welche?

Wurden bereits Operationen oder Amputationen durchgeführt? Welche und wann?

Tragen Sie Implantate (Gelenkprothesen, Metall-Stents, Herzschrittmacher)?

Wann und wo war die letzte gründliche Untersuchung? Liegen davon Befunde (z.B. Blutwerte vor)?

Dokumentname:	Bearbeitet von:	Version:	Freigabe-Datum dieser Version:	Freigebender:	Seite:
Diabetesanamnese	Dr. Hunke/M.Lehr	12/2022		Dr. E. Hunke	2 von 3



Welche Medikamente nehmen sie ein und wie häufig?
(Bitte auch Vitaminpräparate etc. angeben)

Medikament (mit mg – Zahl)	morgens	mittags	abends