



Liebe Patienten, Lieber Patient,

Sie besuchen unsere Praxis heute zum ersten Mal. Um Sie zielgerichtet behandeln zu können, bitten wir Sie, diesen **4 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 Gl./Woche >5 Gl./Woche >1 Fl.Bier/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

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

Leiden Sie an Allergien? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? Bitte auf der letzten Seite ausfüllen.

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente nicht vertragen?

Dokumentname:	Bearbeitet von:	Version:	Freigabe-Datum dieser Version:	Freigebender:	Seite:
Diabetesanamnese	Dr. Hunke/V.Düsing	11/2018		Dr. E. Hunke	1 von 3



Diabetes mellitus Anamnese

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Schwangerschaftsdiabetes weiß nicht

Seit wann ist Ihnen der Diabetes bekannt? _____

Gibt es weitere Familienmitglieder mit Diabetes (wenn möglich mit Typ Angabe)?

Haben Sie bereits an eine Diabetesschulung teilgenommen?

Ja Nein Wenn ja wann und wo? _____

Nehmen Sie am DMP Programm der Krankenkassen teil? Ja Nein

Besitzen Sie einen blauen Diabetes Pass? Ja Nein

Spritzen Sie Insulin? Ja Nein

Wenn ja welche? 1. _____ 2. _____

Haben Sie einen Spritzplan? _____

Haben Sie eine Insulin Pumpe? Ja Nein

Wenn ja welche? _____ Seit wann? _____

Mit welchem Gerät führen sie Blutzuckerkontrollen durch?

Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker? _____ / Tag _____ / Woche

Tragen Sie einen „Sensor“? _____

Wenn ja welche? _____ Wo? _____

Dokumentname:	Bearbeitet von:	Version:	Freigabe-Datum dieser Version:	Freigebender:	Seite:
Diabetesanamnese	Dr. Hunke/V. Düsing	11/2019		Dr. E. Hunke	2 von 3

Unter welchen Begleiterkrankungen 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

Familienanamnese: Leiden oder litten Verwandte 1. Grades an den oben genannten Erkrankungen? Wenn ja, welche?

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

Wurden bereits Operationen oder Amputationen durchgeführt? Welche und wann?

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

Wurde eine Herzkatheter Untersuchung durchgeführt? Wenn ja wann und wo?

Wurde bereits eine Nierenuntersuchung beim Facharzt durchgeführt? Wann? ____

Wurde eine Augenuntersuchung beim Facharzt durchgeführt? Wann? _____

Wann und wo war die letzte gründliche Untersuchung? Liegen davon Blutwerte vor?

Dokumentname:	Bearbeitet von:	Version:	Freigabe-Datum dieser Version:	Freigebender:	Seite:
Diabetesanamnese	Dr. Hunke/V. Düsing	11/2019		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