

Anamnesebogen Diabetes

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Um welchen Diabetestyp handelt es sich bei Ihnen?

Diab. mell. Typ 2 Diab. mell. Typ 1 sonstige Formen kann ich nicht sagen

Warum kommen Sie zu uns (aktuelle Beschwerden bzw. Überweisungsdiagnose vom Arzt):

1. Erstdiagnose: Monat/ Jahr _____ Letzte Diabetesschulung, Jahr _____

2. Im DMP eingeschrieben (ärztl. Quartalsuntersuchungen alle 3 Monate) nein ja
in welcher Praxis? _____

3. Aktuelles Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

4. Angehörige mit Diabetes nein ja, wer? Eltern Geschwister Großeltern

5. Bluthochdruck nein ja

6. Bisherige Therapie:

Diät/ Ernährungstherapie

Diabetes- Medikation nein ja, welche (falls bekannt)?

7. Blutzucker- Messgerät vorhanden nein ja, Alter des Gerätes ca. _____ Jahre

8. FGM (Freestyle Libre) vorhanden nein ja

9. CGM (Kontinuierliche Glukosemessung) vorhanden nein ja, _____

Nur bei Insulintherapie auszufüllen:

10. Insulin: nein ja, welches? _____

Wer spritzt? Selbst Angehörige Pflegedienst

feste Dosiseinheiten _____ nach KEF/ BEF _____

Insulinkorrekturplan ist vorhanden nein ja

11. Injektionsstellen werden regelmäßig gewechselt nein ja

Wohin wird gespritzt? Bauch Oberschenkel

12. Insulinpumpe nein ja, Model: _____ seit (Jahr) _____

13. Unterzuckerungen werden ab welchem Blutzucker wahrgenommen _____mg/dl
bzw. _____mmol/l

14. Häufige Unterzuckerungen < 60mg/dl nein ja
mit Fremdhilfe nein ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten: _____

15. Starke Überzuckerung ggf. mit Krankenhausaufenthalt (Ketoazidose) i. d. letzten 12
Monaten? ja nein

16. Fuß-Wunde akut: nein ja

17. Letzte Fußuntersuchung: _____

18. Letzter HbA1c-Wert: _____%.

19. Folgeerkrankungen:

Nephropathie (eingeschränkte Nierenfunktion) nein ja Dialyse nein ja

Retinopathie (Augenschädigung durch den Diabetes verursacht) nein ja

Letzter Augenarzttermin, wann? _____

Polyneuropathie (Schädigung der Nerven) nein ja

pAVK (Durchblutungsstörungen) nein ja Amputation nein ja

20. Besondere Ernährung/ Unverträglichkeiten/ kulturell/ vegan/ Zöliakie/ Laktose-
Fruktoseintoleranz nein ja, welche? _____

21. Schlafapnoe (Atemaussetzer i. d. Nacht) nein ja

22. Wechselnde Belastungen z.B. körperliche Aktivität, Schichtarbeit?

23. Bestehende Schwangerschaft nein ja, jetzt _____SSW

24. Kommunikationsproblem (nicht deutschsprachig) nein
 ja, Sprache? _____ Wird ein Dolmetscher benötigt? nein ja

Schwierigkeiten beim Umsetzen der Therapie, wenn ja, welche:

