

## 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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_