

ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Nehmen Sie am DMP Ihrer Krankenkasse teil? Nein Ja

Ihre Körpergröße: _____ cm Ihr Körpergewicht: _____ kg

Diabetes mellitus 1 2 weiß nicht

Seit wann ist Ihr Diabetes mellitus bekannt? _____

Wie war der letzte Blutzucker-Langzeitwert (HbA1c)? _____% weiß nicht

Liegen Folgeerkrankungen vom Diabetes mellitus vor? Nein Ja
(Wenn ja, welche? Kreuzen Sie bitte an)

Augen Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____
Augenhintergrund verändert? Nein Ja
Sind die Augen gelasert worden? Nein Ja

Niere Haben Sie eine Nierenerkrankung? Nein Ja

Durchblutung Haben Sie einen Bluthochdruck? Nein Ja
Wie war Ihr letzter Blutdruck? _____ / _____ mmHg
Herzinfarkt? Nein Ja
Herz-Bypass-OP? Nein Ja
Schlaganfall? Nein Ja
Durchblutungsstörung der Beine? Nein Ja
Wenn ja, wurden Sie daran operiert? Nein Ja

Nerven Haben Sie Gefühlsstörungen in den Beinen? Nein Ja

Haben Sie bereits an einer Diabetikerschulung teilgenommen? Nein Ja

Wenn ja, wann: _____ wo: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____ Schichtdienst? Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
 Empfehlung
 Internet
 Sonstiges: