



## Internistische Gemeinschaftspraxis

Dres. med. M. Littmann, M. Merz, F. Passek, D. Webel, J. Erharhagen  
Gänsbühl 3, 88348 Bad Saulgau  
Tel.: 07581 / 484510; Fax: 07581 / 484520

### Anamnesebogen Diabetes mellitus

## Ihr Termin zur Diabetes-Sprechstunde ist

am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Bitte melden Sie sich in der Internistischen Gemeinschaftspraxis an  
und **falls Sie verhindert sind, bitte rechtzeitig absagen!!!**

## Was bringe ich zur Diabetes-Sprechstunde mit:

- Den Fragebogen, bitte komplett ausgefüllt und jede Seite mit Namen und Geburtsdatum versehen
- Überweisung vom Hausarzt
  - Bei **Typ 2 Diabetes mellitus** mit Vermerk:  
Mitbehandlung im Sinne von **DMP-Diabetes mellitus Typ 2** sowie  
Diagnose entgleister DM, Überprüfung der Therapie
  - Bei **Typ 1 Diabetes mellitus** mit Diagnose
- Krankenkassen-Karte
- Blutzucker-Messgerät
- rTCGM/FGM-Messgerät
- Vorbefunde in Bezug auf den Diabetes mellitus
- Letzter Augenarztbefund
- Letzte Blutwerte einschließlich HbA1c bzw. Mikroalbumin im Urin
- Medikamentenplan
- Insulin-Therapieschema

Vielen Dank Ihr Diabetesteam

QEP

Dok. Typ

Dok. Referenznummer

Rev.-Stand

FO

50000000-0011

Rev 06

Ersterstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

17.08.2023 Diane Klimaschewski

17.08.2023 Frank Passek

17.08.2023 Frank Passek

# Anamnesebogen Diabetes mellitus

## 1. Persönliche Daten

Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

## 2. Sozialanamnese:

Familienstand:

- alleinlebend  
 mit Partner lebend  
 Kinder im Haus

Berufstätig: Ja  Nein

Beruf: \_\_\_\_\_

Rente: Ja  Nein

Sport/Bewegung: Ja  Nein

Sportart: \_\_\_\_\_

Bewegungsumfang: \_\_\_\_\_

Aktuelles Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_

## 3. Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie? Ja  Nein

Konsumierte Menge: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Ja  Nein

Konsumierte Menge: \_\_\_\_\_

## 4. Eigenanamnese:

Diabetes mellitus

- Typ 1  
 Typ 2  
 Schwangerschaftsdiabetes  
 Andere

Seit wann ist der Diabetes bekannt? \_\_\_\_\_

Bestanden Symptome, die zur Diagnosestellung führten?  
(z.B. vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Gewichtsabnahme, Schwäche,  
häufige Infekte)

QEP

Dok. Typ

Dok. Referenznummer

Rev.-Stand

FO

50000000-0011

Rev 06

Erstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

17.08.2023 Diane Klimaschewski

17.08.2023 Frank Passek

17.08.2023 Frank Passek

## Anamnesebogen Diabetes mellitus

Ja

Nein

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes mellitus?

Ja

Nein  Typ \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt? (KHK, koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Bluthochdruck, Krebserkrankungen) – bitte unterstreichen.

Ja

Nein  \_\_\_\_\_

Nehmen **Sie** Medikamente gegen Diabetes mellitus ein?

Ja

Nein

Seit wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikamentenplan vorhanden?

Ja

Nein

Medikamente (mit mg-Angabe)	morgens	mittags	abends	seit wann

Spritzen Sie Insulin? Ja

Nein

Seit wann? \_\_\_\_\_

Insulinpumpe? Ja

Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Welche/s Insulin bzw. Insuline verwenden Sie?

\_\_\_\_\_

Spritzstellen: Bauch

Oberschenkel

Andere

Auffälligkeiten? Ja

Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie viele Einheiten?

morgens	mittags	abends	zur Nacht	BE-Faktor

Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie?

tagsüber	nachts

QEP

Dok. Typ

Dok. Referenznummer

Rev.-Stand

FO

50000000-0011

Rev 06

Erstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

17.08.2023 Diane Klimaschewski

17.08.2023 Frank Passek

17.08.2023 Frank Passek

## Anamnesebogen Diabetes mellitus

Welchen Korrekturfaktor haben Sie?

1 IE zusätzlich tagsüber	1 IE zusätzlich nachts

Welche Nadel/Katheter benutzen Sie? \_\_\_\_\_

Wie oft wechseln Sie die Nadeln? \_\_\_\_\_

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrollen durch?

\_\_\_\_\_

FGM/rTCGM? Ja       Nein       Welches? \_\_\_\_\_

Wie oft messen Sie den Blutzucker? \_\_\_\_\_

Wie viele Unterzuckerungen haben Sie? \_\_\_\_\_

Davon schwere? \_\_\_\_\_

Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe? \_\_\_\_\_

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung?

unter 40 mg/dl/2,2 mmol/l

ab 60 mg/dl/3,3 mmol/l

ab 80mg/dl/4,4 mmol/l

über 80mg/dl/4,4 mmol/l

Haben Sie bereits an einer Diabetes Schulung teilgenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie am DMP – Programm Diabetes der Krankenkassen teil?

Ja

Nein

### 5. Folgeerkrankungen und andere Erkrankungen:

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus an:

Nieren      Ja       Nein

eingeschränkte Nierenfunktion

Herz / Gefäße Ja       Nein

Herzinfarkt / Durchblutungsstörungen

Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine / Schaufensterkrankheit

Letztes EKG / Langzeit EKG? \_\_\_\_\_

QEP

Dok. Typ

Dok. Referenznummer

Rev.-Stand

FO

50000000-0011

Rev 06

Ersterstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

17.08.2023 Diane Klimaschewski

17.08.2023 Frank Passek

17.08.2023 Frank Passek

## Anamnesebogen Diabetes mellitus

Augen Ja  Nein

Letzte Augenkontrolle? \_\_\_\_\_

Ergebnis: ohne Befund  Netzhautschäden

Probleme im Sexualleben Ja  Nein

Füße bzw. Beine Ja  Nein

(z.B. verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/ Füßen; Missempfindung wie Kribbeln, Taubheitsgefühl)

Besteht bereits eine Polyneuropathie? Ja  Nein

in podologischer Behandlung

besitzt diabetische Einlagen

besitzt spezielle Diabetesschuhe

Wann war Ihre letzte Zahnärztliche Untersuchung? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung festgestellt worden?

Ja  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Unter welchen weiteren Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente?

Bluthochdruck

hohe Blutfettwerte

Durchblutungsstörungen

Sonstige \_\_\_\_\_

### 6. WHO-Fragen zum Wohlbefinden (zutreffendes ankreuzen):

Während der letzten Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Mehr als die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Manchmal	Zu keiner Zeit
1) ... fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt						
2) ... fühlte ich mich fröhlich ruhig und entspannt						
3) ... fühlte ich mich aktiv und vital						
4) ... erlebte ich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren						

QEP

Dok. Typ

Dok. Referenznummer

Rev.-Stand

FO

50000000-0011

Rev 06

Erstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

17.08.2023 Diane Klimaschewski

17.08.2023 Frank Passek

17.08.2023 Frank Passek

# Anamnesebogen Diabetes mellitus

## 7. Anliegen und Wünsche:

---

---

---

---

---

---

---

Danke, Ihr Diabetesteam.

QEP	Dok. Typ	Dok. Referenznummer	Rev.-Stand
	FO	50000000-0011	Rev 06
<b>Erstellung/Überarbeitung</b>	<b>Inhaltliche/Fachliche Prüfung</b>	<b>Veröffentlichung/Freigabe</b>	<b>Gültig bis</b>
17.08.2023 Diane Klimaschewski	17.08.2023 Frank Passek	17.08.2023 Frank Passek	