



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 07

Ersterstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

23.02.2026 Diane Klimaschewski

23.02.2026 Frank Passek

23.02.2026 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 07

Ersterstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

23.02.2026 Diane Klimaschewski

23.02.2026 Frank Passek

23.02.2026 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 07

Erstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

23.02.2026 Diane Klimaschewski

23.02.2026 Frank Passek

23.02.2026 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 07

Ersterstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

23.02.2026 Diane Klimaschewski

23.02.2026 Frank Passek

23.02.2026 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 07

Erstellung/Überarbeitung

Inhaltliche/Fachliche Prüfung

Veröffentlichung/Freigabe

Gültig bis

23.02.2026 Diane Klimaschewski

23.02.2026 Frank Passek

23.02.2026 Frank Passek

Anamnesebogen Diabetes mellitus

7. Anliegen und Wünsche:

Danke, Ihr Diabetesteam.

QEP	Dok. Typ	Dok. Referenznummer	Rev.-Stand
	FO	50000000-0011	Rev 07
Erstellung/Überarbeitung	Inhaltliche/Fachliche Prüfung	Veröffentlichung/Freigabe	Gültig bis
23.02.2026 Diane Klimaschewski	23.02.2026 Frank Passek	23.02.2026 Frank Passek	