

Anamnese

Vor-/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

e-mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Wer ist Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin? _____

Seit wann ist Ihr Diabetes bekannt? _____

Welchen Diabetes-Typ haben Sie? Typ 1 Typ 2 Sonstige:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden **Erkrankungen** (bitte ankreuzen)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Beine |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung/Herzinfarkt/Stent | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte aufführen): _____ | |

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ja nein

Wenn ja, listen Sie diese bitte mit Dosierung auf:

| Name des Medikaments | morgens | mittags | abends |
|----------------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Messen sie Ihren Blutzucker selbst? ja nein

Name des Blutzucker-Messgerätes? _____

Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker? _____ x / Tag

Spritzen Sie **Insulin**? ja nein

Wenn ja : Seit wann? _____

Welches/welche und in welcher Dosierung?

| Name des Insulins | Dosierung/ ggf. BE-Faktoren |
|-------------------|-----------------------------|
| | |
| | |

Sind **Folgeerkrankungen** bekannt? ja nein

Wenn ja, an welchen Organen (bitte ankreuzen)?

Augen Nieren
 Füße Herz

Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt? _____

Ergebnis: ohne Befund
 diabetische Netzhautschäden

Wann haben Sie das letzte Mal an einer **Schulung** teilgenommen und ggf. wo?

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wieviele pro Tag? _____ Seit wann? _____

Alkoholkonsum/Woche _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Haben Sie **Familienmitglieder mit Diabetes**? ja nein

Wenn ja, wer und mit welchem Typ Diabetes? _____

Sozialanamnese

Beruf: _____

Körperliche Aktivitäten/Woche: _____

Familienstand: _____

Alleine lebend Mit Partner lebend

Ihre Wünsche an uns?

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Name , Vorname _____

Geburtsdatum _____

Einverständniserklärung **Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Alle Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich Fr. Dr. Kirsten Hellner/Fr. Dr. Auf dem Hövel über sinnvolle und notwendige Blutuntersuchungen und Behandlungen informiert und mich schriftlich, telefonisch oder per Email an ausstehende Behandlungen oder Untersuchungen erinnert.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Fr. Dr. Hellner/Fr. Dr. Auf dem Hövel darf dieser/diesen Person/Personen Informationen über meine Erkrankungen + Laborwerte geben. In Bezug auf meine Krankheitsgeschichte, ist mir bekannt, daß ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich zurücknehmen kann.

Ort, Datum

Unterschrift