



Anamnesebogen Diabetes und Schwangerschaftsdiabetes

Liebe Patientin, lieber Patient

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen

Persönliche Daten:

Vorname: _____ Nachname: _____
 Geburtstag: _____
 Telefon: _____
 Mobil: _____ E-Mail: _____

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam _____
 Name des Hausarztes/Gynäkologen _____

Beruf: _____ Schichtdienst: O JA O NEIN
 Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Allgemeine Anamnese:

Sport: O Ja O Nein wenn ja, welchen _____, wie oft _____
 Hobbies: O Ja O Nein wenn ja, welche _____
 Rauchen Sie? O Ja O Nein wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag und seit wann _____
 Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wie viele _____ Gläser/Woche O Bier, O Wein, O Sonstiges

Diabetesspezifische Anamnese:

Seit wann ist bei Ihnen Diabetes bekannt: _____ O Typ1 O Typ2 O andere
 Wie war Ihr letzter HbA1c-Wert und wann _____
 Nehmen sie Tabletten zur Behandlung Ihres Diabetes O Ja O Nein
 Wenn ja welche _____
 Spritzen Sie Insulin O Ja O Nein
 Wenn ja welches _____
 Tragen Sie eine Insulinpumpe O Ja O Nein
 Wenn ja welche _____

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät Ja Nein

Wenn ja welches _____

Wie häufig messen Sie Ihren Blutzucker _____/Tag _____/Woche

Wie häufig haben Sie Unterzuckerungen 1/Woche mehrfach/Woche
 1/Monat selten

Hatten Sie schon eine Unterzuckerung bei der Fremdhilfe nötig war Ja Nein

Wenn ja, wann und wie häufig _____

Haben Sie schon einmal an einer Diabetes Schulung teilgenommen Ja Nein

Wenn ja wann und wo _____

Ist in Ihrer Familie jemand an Diabetes erkrankt Mutter Vater Geschwister
 Großmutter Großvater Kinder

Hatten Sie während Ihrer Schwangerschaft(en) Probleme mit Diabetes Ja Nein

Haben Sie einen Gesundheitspass Diabetes Ja Nein

Sind bei Ihnen Folgeerkrankungen durch Diabetes bekannt Ja Nein

Wenn ja, bitte ankreuzen Augen Nieren Herz Füße

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Augenarzt _____

Wurden bei Ihnen schon einmal Fußuntersuchungen durchgeführt ja Nein wann _____

Wann waren Sie zum letzten mal stationär im Krankenhaus _____

Warum _____

Wie viele Krankheitstage hatten Sie in den letzten drei Monaten durch den Diabetes _____

Sind bei Ihnen Begleiterkrankungen bekannt Ja Nein

Bluthochdruck erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, Triglyceride, HDL,LDL)

andere _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

| Medikamente | morgens | mittags | abends | spät |
|--------------------|----------------|----------------|---------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Sind Sie im DMP der Krankenkasse eingeschrieben

Ja Nein

Dürfen wir Ihren Hausarzt / Gynäkologen per Brief über Ihre Behandlung bei uns informieren?

Anamnese zur Schwangerschaft

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich _____

Die wievielte Schwangerschaft ist es _____

Haben Sie derzeit gesundheitliche Probleme Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Wurde bei Ihnen schon einmal ein erhöhter Blutzuckerwert festgestellt Ja Nein

Wenn ja, wo und wann _____

Wurde bei Ihnen ein Spezial Ultraschall gemacht Ja Nein

Hatten Sie Probleme bei den Vorherigen Schwangerschaften Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Wurde bei vorherigen Schwangerschaften Schwangerschaftsdiabetes bei Ihnen festgestellt
 Ja Nein

Wenn ja, wie wurden Sie behandelt _____

Größe und Gewicht des /der Kind(er) _____

Kam(en) das/ die Kind(er) termingerecht Ja früher später

Wurde(n) das/die Kind(er) normal entbunden Ja Nein

Gab es bei dem /den Kind(ern) Probleme nach der Geburt Ja Nein

Ist in Ihrer Familie jemand an Diabetes erkrankt Ja Nein

Wenn ja, wer _____