



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Überweisender

Arzt: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

I. Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Diabetes mellitus Typ 1 seit wann? \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus Typ 2 seit wann? \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck
- Koronare Herzkrankheit
- Schilddrüsenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Nervenerkrankungen
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Rheuma
- HIV
- Magenerkrankungen
- Zöliakie / Sprue
- Psychische Erkrankungen
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Augenerkrankungen
- Allergien auf Pollen, Hausstaub, Medikamente

II. Wurden Sie schon mal operiert?  
Wenn ja, wann und wo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III. Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

\_\_\_\_\_

IV. Wie hoch ist Ihr letzter HbA1c (Blutzuckerlangzeitwert)?

\_\_\_\_\_

V. Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Bluthochdruck
- Koronare Herzkrankheit
- Schilddrüsenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Nervenerkrankungen
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Rheuma
- HIV
- Magenerkrankungen
- Zöliakie / Sprue
- Psychische Erkrankungen
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Augenerkrankungen

VI. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Blutzuckerwerten?

- Zufrieden
- Nicht zufrieden

VII. Müssen Sie in letzter Zeit häufiger Wasserlassen?

- Ja
- Nein

VIII. Haben Sie in letzter Zeit ein stärkeres Durstgefühl?

- Ja
- Nein

IX. Habt sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten verändert?

- Nein, Gewicht war konstant
- Ja, Zunahme um \_\_\_\_ kg
- Ja, Abnahme um \_\_\_\_ kg

X. Wie fühlen Sie sich allgemein?

- Gut und zufrieden
- Müde und antriebslos
- Traurig und interessenlos

Anamnese f. Menschen m. Diabetes

XI. Rauchen Sie?

- Nein
- Exraucher
- Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

---

XII. Trinken Sie Alkohol?

- Nein
- Ja, gelegentlich
- Ja, regelmäßig

Wenn ja, wie viele Gläser/Woche?

---

XIII. Hatten Sie schon einmal eine Schulung zum Thema Diabetes, Bluthochdruck, Ernährung oder Bewegung?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wann und wo zuletzt?

---

XIV. Treiben Sie regelmäßig Sport / Bewegung?

- Nein
- Selten
- Manchmal
- Regelmäßig
- Oft

Wenn ja, welchen Sport / welche Bewegung treiben Sie?

---

---

---

---