



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?
