

Anamnesebogen PRIMEDUS Göttingen

Diabetologie Dr. Barbara Schnyder

Dieser Fragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Jetzige Tätigkeit Beruf Studium (welches): _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____ **BMI:** _____

Raucher: ja nein

wenn ja wieviel täglich / wöchentlich: _____

Alkohol: ja nein

wenn ja wieviel täglich / wöchentlich: _____

Sport: ja nein

Welchen Diabetestyp haben Sie? Typ 1 Typ 2 oder andere

Seit wann ist er bekannt? _____

Kommt in der Familie Diabetes vor? _____

Letzter HbA1c Wert (wenn möglich Laborwerte mitbringen): _____

Therapie des Diabetes:

Tabletten: _____

Insulin: _____

Medikamenteneinnahme zusätzlich zu der Diabetesmedikation (Medikamentenplan)

Sind Symptome wie häufig Wasserlassen, viel Durst, Gewichtszu- oder Abnahme vorhanden?



Sind diabetische Folgeerkrankungen bekannt wie:

- Herzinfarkt Schlaganfall Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
 Nierenerkrankung (diabetische Nephropathie)
 Augenerkrankung (diabetische Retinopathie)
 Nervenerkrankung (diabetische Polyneuropathie)

Erkrankungen:	in der eigenen Vorgeschichte	in der Familiengeschichte
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Genitalerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerz/-Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wann war der letzte Zahnarzttermin? _____

Wurde dort eine Zahnfleischentzündung festgestellt? _____

Sind Sie schon einmal geschult worden, was Diabetes ist und wie man sich richtig ernährt?

- Ja Nein

Datum, Unterschrift Patient

