



Anamnesebogen für Neupatienten zur Diabetestherapie

Liebe Patientin, lieber Patient! Diabetestherapie ist sehr individuell. Daher müssen wir viel über Sie wissen, um Sie optimal betreuen zu können. Sie helfen uns bei dieser Aufgabe, wenn Sie folgenden Fragebogen ausfüllen und zur (Erst)Vorstellung in die Praxis mit den gewünschten Vorbefunden mitnehmen.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Beruf		Versicherung	
Anschrift:		PLZ / Ort:	
Handynummer:		Telefonnummer:	
E-Mail:		Größe:	Gewicht:

Eigenanamnese

Diabetes mellitus bekannt seit: _____

Welchen Diabetestyp haben Sie? Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes

Vorerkrankungen

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankung / Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Thrombose / Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
HIV	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüse	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	_____		

Bitte wenden



Folgeerkrankungen (sind Ihnen Folgen durch ihren Diabetes bekannt?)

Augen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Niere	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herz	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Füße	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Nerven	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Gefäße	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

Augenarztkontrolle

Wann war Ihre letzte Augenarztkontrolle? _____

Fußuntersuchung (Stimmgabeltest, Fußpulse tasten)

Wann war Ihre letzte Fußuntersuchung? _____

Blutzuckermessung

Welches Blutzuckermessgerät verwenden Sie? _____

Tragen Sie ein cGM („Continuous Glucose Monitoring“ / Kontinuierliche Glukosemessung / Blutzuckersensor)? Wenn ja, welchen? _____

Sind Sie Insulinpumpenträger? (falls ja: seit wann und welche, wie alt ist die aktuelle Pumpe? _____

Wie oft messen sie Ihren Blutzucker? _____

➔ Bitte nehmen Sie Ihr aktuelles Blutzuckermessgerät zum vereinbarten Termin mit!

Bitte wenden



DMP-Programm (Disease-Management-Programme)

Sind Sie bereits in das DMP-Programm eingeschrieben? Wenn ja, wo?
(Falls Sie sich nicht sicher sind, fragen Sie bitte bei Ihrem behandelnden Hausarzt nach)

Nein Ja _____

Unterzuckerungen

Wie häufig verspüren Sie Unterzuckerungen (bitte zutreffendes ankreuzen)?

1x / Woche mehrmals pro Woche 1x / Monat selten noch nie

Ab welchen Wert merken Sie die Unterzuckerung (bitte zutreffendes ankreuzen)?

< 40 mg/dl < 60 mg/dl < 80 mg/dl > 80 mg/dl

< (2,2 mmol) < (3,3 mmol) < (4,4 mmol) > (4,4 mmol)

Gruppenschulungen

Haben Sie bereits an Gruppenschulungen teilgenommen? Nein Ja
Wenn ja wo und wann (ungefähr) _____

Allergien (falls zutreffend bitte genauere Angaben)

Nein Ja _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja (SSW / Entbindungstermin) _____

(Dauer-)Medikation (falls ja bitte Medikamentenplan vorzeigen, am Besten mit QR Code)

Nein Ja _____

Bitte wenden



Operationen / Unfälle (falls zutreffend bitte genauere Angaben)

Nein Ja _____

Durchgemachte schwere Erkrankungen / Kinderkrankheiten

Nein Ja _____

Familienanamnese (sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?)

Zuckerkrankheit / Diabetes

Tumorerkrankungen

Herzerkrankungen

Gefäßerkrankungen

Lebererkrankungen

Depressionen

genetische Erkrankungen

Suchterkrankungen

Sonstiges _____

Sonstige Angaben (nur ankreuzen falls zutreffend)

Arm- oder Beinprothese Nein Ja _____

Stoma (künstlicher Darmausgang) Nein Ja _____

Herzschrittmacher Nein Ja _____

Port (künstlicher Venenausgang) Nein Ja _____

Zahnprothese Nein Ja _____

Hörhilfe Nein Ja _____

Brille / Kontaktlinsen Nein Ja _____

Dialyse-Shunt, wo? Nein Ja _____

Sonstiges _____

Bitte wenden



Sonstiges

Pflegegrad	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Schwerbehinderung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Patientenverfügung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

Rauschmittel- Zigarettenkonsum

- Zigaretten Beginn und Anzahl am Tag: _____
- Alkohol Beginn: _____
- Drogen Beginn: _____

Vollmacht (zur Abholung ärztlichen Unterlagen: Rezepte, Überweisungen, Laborwerte etc.)

Nein Ja (falls ja bitte weitere Angaben ausfüllen)

Hiermit bevollmächtige ich Frau / Herrn

meine ärztlichen Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Laborwerte etc.) für mich entgegen zu nehmen. Der Abholer hat sich durch Ausweis zu identifizieren. Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen und ist zu richten an: Internistische Gemeinschaftspraxis, z. Hd. Herr Dr. med. Anton Santner (Datenschutzverantwortlicher), Pflöggasse 31 in 94469 Deggendorf.

Unterschrift des Patienten:

Ihr Anliegen an uns (es können auch mehrere Antworten ausgewählt werden 😊)

- Einschreibung in das DMP-Programm bei der Krankenkasse
- Verbesserung der Blutzuckereinstellung
- regelmäßige Diabetes Kontrollen (Gesundheitspass Diabetes)
- Ernährungsberatung
- Hilfe beim Abnehmen
- Behandlung von Wunden am Fuß
- (Gruppen)Schulungen
- Zweitmeinung

Bitte wenden

Internistische Gemeinschaftspraxis Am Pflęgtor
Schwerpunktpraxis für Diabetologie, Gastroenterologie und Kardiologie
Hausärztliche und fachärztliche Versorgung



Bitte wenden



Schweigepflichtentbindung (zur Anforderung notwendiger Unterlagen/Befunde)

Nein Ja (bei Einverständnis bitte mit Namen und Geburtsdatum ausfüllen und unterschreiben)

Ich, _____, bin mit der Übersendung meiner Befunde an die Praxis Dres. Schröder / Schepp / Perenyi / Santner / Reisinger per Fax: **0991 38313320** einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift des Patienten:

Internistische Gemeinschaftspraxis Am Pflögtor
Schwerpunktpraxis für Diabetologie, Gastroenterologie und Kardiologie
Hausärztliche und fachärztliche Versorgung



Bitte wenden



Checkliste zur (Erst)Vorstellung beim Diabetologen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte denken Sie bei der (Erst)Vorstellung in unserer Praxis an Folgendes:

- gültige Versicherungskarte
- Überweisungsschein vom Hausarzt (mit Vermerk über DMP-Einschreibung!)
- aktuellen Laborbefund (mit HbA1c „Langzeitzucker“)
- Gesundheitspass Diabetes (blauer Pass)
- Blutzuckertagebuch (aufgeschriebene Werte)
- Scanner des Lesegerätes / verbundenes Handy bei Sensorversorgung
- Blutzuckermessgerät (mit Stechhilfe, Lanzetten und Teststreifen)
- relevante Vorbefunde (Entlassberichte, Vorerkrankungen etc.)
- Medikamentenplan
- Diagnosenübersicht (vom Hausarzt)

Wir bitten sie alle angeforderten Unterlagen (was zutreffend ist) vollständig mitzunehmen, um einen reibungslosen Ablauf und optimale Versorgung zu garantieren.

Bei Fragen erreichen Sie uns Montag, Dienstag und Donnerstag von **07.30 Uhr – 12.30 Uhr** und **14.30 Uhr – 18.00 Uhr** und Mittwoch und Freitag von **07.30 Uhr – 13.00 Uhr** telefonisch unter der **0991 3831330** per Fax unter der **0991 38313320** oder per Email unter **info@praxisampflęgtor.de**

Mit freundlichen Grüßen und bis bald

Ihr Diabetesteam der internistischen Gemeinschaftspraxis am Pflęgtor 😊

Bitte wenden