



Anamnesebogen Diabetes mellitus Typ 1/2

Vor-/Nachname: _____; Geburtsdatum: _____;

Hausärztin/Hausarzt: _____;

Seit wann leiden Sie an Diabetes: _____; Letzte Diabetes-Schulung: _____;

Letzter HbA1c-Wert: _____; Führen Sie Blutzuckerselbstkontrollen durch? ja / nein ;

Gewichtsentwicklung: zugenommen / abgenommen / gleich geblieben ;

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja / nein

Familienanamnese:

Mutter Diabetes: ja / nein ; Vater Diabetes: ja / nein ;

Geschwister Diabetes: ja / nein

Beruf: _____;

Raucher/in: ja / nein ; Wenn ja wie viele Zigaretten am Tag: _____;

Alkohol: ja / nein ; Wenn ja, wie viele Gläser am Tag: _____;

Aktuelle Beschwerden:

Starker Durst: ja / nein ; Erhöhter Harndrang: ja / nein ;

Müdigkeit/Abgeschlagenheit: ja / nein ; Sehstörung: ja / nein ;

Häufige Infektionen: ja / nein ; Ungewollter Gewichtsverlust: ja / nein ;

Größe: _____ m; Gewicht: _____ kg;

Vorerkrankungen:

Herzerkrankung: ja / nein ; Bluthochdruck: ja / nein ;

Augenerkrankung: ja / nein ; Letzte Kontrolle beim Augenarzt: _____;

Nierenerkrankung: ja / nein ; Chronische Schmerzen: ja / nein ;

Depression: ja / nein ; Schwangerschaftsdiabetes: ja / nein ;

Andere Erkrankungen: _____

Medikamente: _____
