

Anamnesebogen der Diabetespraxis-Kiel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments.

Für die Terminvergabe benötigen wir zumindest Angaben bei den unterstrichenen Fragen. Die weiteren Fragen können sie bis zum Termin ausfüllen.

Persönliche Daten: weiblich männlich divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Familienstand:

Kinder:

Hausärztliche Behandlung bei:

Sind Sie berufstätig? Ja Nein in Rente

Beruf:

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Falls ja, was und wie oft?

Rauchen Sie? Ja, Zigaretten pro Tag seit Jahren. Nein Seit Jahren nicht.

Größe:

Gewicht:

Diabetes mellitus **Typ1** **Typ2** **Schwangerschaftsdiabetes**

Seit wann bekannt:

Letzter HbA1c-Wert:

Medikation für den Diabetes:

Spritzen Sie Insulin Ja Nein Nein, ich habe aber früher gespritzt

Anamnesebogen der Diabetespraxis-Kiel

Falls ja, welche Insuline und wie viele Einheiten spritzen Sie?

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? Ja Nein

Falls ja, was nehmen Sie und in welcher Dosierung?
(Falls Sie einen Medikamentenplan schicken, brauchen Sie nichts einzutragen)

Haben Sie ein Blutzuckermessgerät Ja Nein

Falls ja, welches?

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes? Ja Nein

Falls ja, wer? Welcher Typ?

Haben Sie bereits an einer Schulung teilgenommen? Ja Nein

Falls ja, wann, wo und welcher Kurs?

Nehmen Sie bereits am DMP-Programm der Krankenkasse teil? Ja Nein

Falls ja, wo?

Folge- und Begleiterkrankungen:

Augenerkrankungen? Ja Nein

Wann war die letzte Untersuchung? (Bitte den letzten Befund zum Termin mitbringen)

Nierenfunktionsstörung bekannt Ja Nein

Herzerkrankung bekannt? Ja Nein

Schlaganfall? Ja Nein

Erektionsstörungen? Ja Nein

Durchblutungsstörungen z.B. in den Beinen? Ja Nein

Gefühlstörungen in den Füßen? Ja Nein

Sind Wunden an den Füßen bekannt? Ja Nein

Anamnesebogen der Diabetespraxis-Kiel

Gehen Sie zur Fußpflege? Ja Nein

Letzte Zahnkontrolle?

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Besteht ein Bluthochdruck? Ja Nein

Haben Sie weitere Erkrankungen?

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort:

Datum:

Unterschrift: