

ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS

Eigenanamnese

- Körpergröße: Aktuelles Gewicht:
- Sport:
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Schwangerschaftsdiabetes Andere
- Seit wann ist der Diabetes bekannt?
- Bestandene Symptome, die zur Diagnosestellung führten? Nein Ja
(z.B vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Gewichtsabnahme, Schwäche, häufige Infekte)
- Nehmen Sie Medikamenten gegen Diabetes mellitus ein? Nein Ja
- Seit wann nehmen Sie die Medikamente?
- Spritzen Sie Insulin? Nein Ja
- Seit wann?
- Welche/s Insulin/e nehmen Sie?
- Mit wie viel Einheiten?
Morgens : Mittags : Abends : Zur Nacht : BE-Faktor
- Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie? mg/dl/mmol/l
- Welchen Korrekturfaktor haben Sie? 1 IE zusätzlich für mg/dl/mmol/l
- Welche Nadeln benutzen Sie zum Spritzen?
- Wie oft wechseln Sie die Nadeln?
- Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrollen durch?
- Wie oft messen Sie den Blutzucker? /Tag /Woche
- Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat?, davon schwere
- Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung?
 unter 40 mg/dl/2,2 mmol/l ab 60 mg/dl/3,3 mmol/l
 ab 80 mg/dl/4,4 mmol/l über 80 mg/dl/4,4 mmol/l
- Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe

- Welcher Diabetes-Typ liegt bei Familienmitgliedern vor?
- Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen? Nein Ja
Wann und wo?
- Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil? Nein Ja

Folgeerkrankungen/andere Erkrankungen

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus an:

- Nieren Nein Ja
 eingeschränkte Nierenfunktion
- Herz/Gefäßen Nein Ja
 Herzinfarkt/Durchblutungsstörungen
 Schlaganfall
 Durchblutungsstörungen der Beine/Schaufensterkrankheit
- Letztes EKG/Langzeit-EKG?
- Augen Nein Ja
Wann war die letzte Augenkontrolle?
- Ergebnis: ohne Befund Netzhautschäden
- Erektionsstörung? Nein Ja
- Folgeschäden an den Beinen/Füßen? Nein Ja
(z.B verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/Füßen?
Missempfindung wie Kribbeln, Taubheitsgefühl?)
- Besteht bereits eine Polyneuropathie? Nein Ja
 Podologische Behandlung
 Diabetische Einlagen
 Spezielle Diabetesschuhe
- Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle?
- Unter welchen weiteren Krankheiten leiden Sie bzw. nehmen Sie entsprechende Medikamente? Bluthochdruck hohe Blutfettwerte
 Durchblutungsstörungen
 andere

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamente (mit mg-Angabe)	Morgens	Mittags	Abends	Seit wann?

WHO-Fragen zum Wohlbefinden: Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Während der letzten Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Mehr als die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Manchmal	Zu keiner Zeit
... fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt						
... fühlte ich mich ruhig und entspannt						
... fühlte ich mich aktiv und vital						
... erlebte ich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren						

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns?

- Parodontitis- und Zahnerhaltungstherapie
- Behandlung von Entzündungen im Zahn-/Mundbereich
- Messung des Langzeitwertes
- Wissensbedarf (Aufklärung)
- Regelmäßige Kontrollen nach DDG-Gesundheitspass
- Ernährungsberatung
- Unterstützung beim Abnehmen
- Andere