



Bitte füllen Sie diesen Bogen so vollständig wie möglich aus. Sie helfen uns damit wichtige Zeit zu sparen, die wir für Sie besser einsetzen können.

Name/ Vorname:		Geburtsdatum:	
Wer ist Ihr Hausarzt:		Fam.-Stand:	
Beruf:	Schichtdienst:	E-Mail-Adresse:	
Tagsüber telefonisch erreichbar:			
Größe: cm,	Gewicht: kg	Drogen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Regelmäßiger Alkoholkonsum: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, was in welcher Menge:		Raucher: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viele pro Tag? _____	
Grad der Behinderung? _____ %, Merkzeichen: ____		Pflegegrad, wenn vorhanden: _____	
Gesundheitsuntersuchung (GU) – wann zuletzt?			

Seit wann ist Diabetes bei Ihnen bekannt?	
Seit wann nehmen sie ggf. Tabletten wegen des Diabetes ein?	
Messen Sie Ihren Blutzucker selbst, wenn ja - wie oft pro Tag? _____	
Blutzuckerwerte im nüchtern: von _____ bis _____ mg/dl	
Blutzuckerwerte im Tagesverlauf: von _____ bis _____ mg/dl	

Ich bin regelmäßig in Behandlung bei folgenden Ärzten:



Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Auch selbst gekaufte Medikamente!	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Medikament / Stärke	Seit wann?	Dosierung
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Ich bewege mich regelmäßig aktiv:	
Art der Bewegung/Sport:	
Wie oft pro Woche:	Wie viel Minuten/Stunden:

In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tante) sind folgende Erkrankungen bekannt:			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>

Dateiname:
Erstellt: Hildegard Thorn
Geprüft: Susanne Bach / Dr. med. Anke Wagner
Freigegeben: Susanne Bach / Dr. med. Anke Wagner

am: 13.07.2022
am: 15.07.2022
am: 15.07.2022

Seite 2 von 4
Version: 04
gültig ab: 16.07.2022



Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Seit wann leiden Sie an der Erkrankung? Bitte genauer beschreiben					
		Seit:			Seit:
Wunde/n an Fuß/Füsse – wer behandelt bisher?	<input type="checkbox"/>		Magenerkrankungen – was genau?	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>		Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutfettwerte (z. B. Cholesterin)	<input type="checkbox"/>		Sonstige Herzerkrankungen – welche?	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung – welche?	<input type="checkbox"/>		Durchblutungsstörungen Kopf	<input type="checkbox"/>	
Nervenstörungen, wo?	<input type="checkbox"/>		Durchblutungsstörungen Beine	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung – welche?	<input type="checkbox"/>		Krampfadern	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>		Krebserkrankung – welche?	<input type="checkbox"/>	
Asthma/chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>		Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>		Rheuma	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>		Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	
Potenzstörung	<input type="checkbox"/>		Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Erkrankungen bzw. genauere Angaben zu Erkrankungen:					

Leben Sie alleine oder mit Familie/Lebenspartner zusammen?	
Haben Sie bereits an einer Schulung für Diabetes teilgenommen? Wenn ja – wann und wo?	
Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus? Wenn ja, warum und wo?	
Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt, welche Untersuchung wurde gemacht?	
Sind Sie bei einem anderen Arzt (nicht Hausarzt) wegen Diabetes in Behandlung? Wenn ja, bei wem und wann waren Sie zuletzt dort?	
Sind Sie bereits im DMP eingeschrieben? Wenn ja – bei wem?	
Möchten Sie in das DMP aufgenommen werden?	

Dateiname:
Erstellt: Hildegard Thorn
Geprüft: Susanne Bach / Dr. med. Anke Wagner
Freigegeben: Susanne Bach / Dr. med. Anke Wagner

am: 13.07.2022
am: 15.07.2022
am: 15.07.2022

Seite 3 von 4
Version: 04
gültig ab: 16.07.2022



**Praxis Susanne Bach und
Dr. med. Anke Wagner**

1.2.1 Anamnese

Diabetes Patientenbogen

Ziel 1 (Kernziel)

1.2.1 (1) Dok2

Name des Patienten:	
---------------------	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgt sein. **NICHT rechtzeitig abgesagte Termine**, insbesondere Untersuchungs- und Schulungstermine, werden komplett **privat in Rechnung** gestellt.

Für Privatliquidationen möchten wir Sie darauf hinweisen, dass der von uns ausgewiesene Betrag voll zu bezahlen ist, auch wenn der von Ihrer Versicherung überwiesene Betrag davon abweichen sollte.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden, sowie für Studienzwecke – anonym.

Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen meinem o. g. Hausarzt zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin damit **einverstanden**, dass **Auskünfte** an die **folgenden Angehörigen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität persönlich, durch Vorlage des Personalausweises, festgestellt wurde:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!
Ihr Praxisteam

Dateiname:			Seite 4 von 4
Erstellt:	Hildegard Thorn	am: 13.07.2022	Version: 04
Geprüft:	Susanne Bach / Dr. med. Anke Wagner	am: 15.07.2022	gültig ab: 16.07.2022
Freigegeben:	Susanne Bach / Dr. med. Anke Wagner	am: 15.07.2022	