



**Allgemeine Anamnese:**

Medikamente, die Sie nicht vertragen:  Nein  Ja, folgende:

Allergien:  Nein  Ja, folgende:

Gewichtsabnahme:  Nein  Ja — Wieviel und seit wann?

Gewichtszunahme:  Nein  Ja – Wieviel und seit wann?

Nikotin:  Nein  Ja – Wieviel und seit wann?

Alkohol:  Nein  Selten  Täglich  Regelmäßig

**Andere eigene Erkrankungen:**

Herzinfarkt:  Ja – bekannt seit:  Nein

Nierenkrankheiten:  Ja – bekannt seit:  Nein

Krebserkrankungen:  Ja – bekannt seit:  Nein

Sonstige Erkrankungen:

**Familienanamnese:**

Personen mit Diabetes mellitus in der Familie?  Ja  Nein

Wenn Ja, wer und welcher Typ Diabetes (wenn bekannt)?

Herzinfarkte/Todesfälle vor dem 50. Lebensjahr in der Familie?  Ja  Nein

Wenn Ja, wer und in welchem Alter (wenn bekannt)?

**Diabetes-spezifische Anamnese:**

Medikamente, die Sie nicht vertragen:  Typ1  Typ2  Typ3  Anderer

Schildern Sie nun bitte Ihre größten Beschwerden und Probleme mit dem Diabetes mellitus:

---



---



---

Welche Ziele, Wünsche oder Erwartungen haben Sie an uns:

---



---



---

Haben Sie Interesse an einer Gruppenschulung teilzunehmen?  Ja  Nein

Wünschen Sie eine individuelle Ernährungsberatung?  Ja  Nein

Letzter HbA1c in %:

Diabetes mellitus seit:

Augenhintergrunderkrankung durch den Diabetes?  Ja  Nein

Wenn Ja, wurde bereits eine Laserbehandlung durchgeführt?  Ja  Nein

Wann war ihre letzte Augenhintergrunduntersuchung?

Nervenerkrankung durch den Diabetes?  Ja  Nein

Fußerkrankungen durch den Diabetes. inkl. Amputationen?  Ja  Nein

Wann war Ihre letzte Diabetes Gruppenschulung?

**Insulinbehandlung:**

Sollte keine Insulintherapie bestehen, können Sie die folgenden Fragen unbeantwortet lassen.

| Uhrzeit | Name des Insulins | Dosis |
|---------|-------------------|-------|
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |
|         |                   |       |

Hatten Sie schon mal eine Unterzuckerung?  Ja  Nein

Waren Sie schon einmal auf Fremdhilfe angewiesen?  Ja  Nein

Wie oft wechseln Sie ihre Pen Nadeln?

Wohin spritzen Sie Ihr Insulin?

Haben Sie an den entsprechenden Stellen Veränderungen festgestellt?  Ja  Nein