



Gemeinschaftspraxis Dres. Denger & Pfitzner

Diabetologische Schwerpunktpraxis
Gastroenterologische Schwerpunktpraxis
Hausärztlich-internistische Praxis

Dr. med. Ralf Denger

Internist – Diabetologe – Hypertensiologe DHL
Notfallmediziner – Ernährungsmediziner DGEM

Dr. med. Thomas Pfitzner

Internist – Gastroenterologe - Diabetologe DDG

Zum Grühlingsstollen 3 - 66299 Friedrichsthal

Telefon 0 68 97 / 98 19 - 0

Telefax 0 68 97 / 98 19 20

Anamnesebogen Diabetes mellitus

Liebe Patientin, lieber Patient,

Friedrichsthal,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Sie umfassend, kompetent und individuell betreuen können, bitten wir Sie, folgenden Anamnesebogen im Vorfeld auszufüllen. Bei Fragen sprechen Sie uns gerne an. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Geschlecht: o w o m o d

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt/In: _____

Anlass des Arztbesuches

Was führt Sie zu uns in die Praxis?



Eigenanamnese

Körpergröße: _____ cm Aktuelles Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? o nein o ja wenn ja, wie viel? _____/Tag

Konsumieren Sie Alkohol? o nein o ja wenn ja, wie viel ? _____/Woche

Konsumieren Sie Drogen? o nein o ja wenn ja, wie viel ? _____/Woche

Sind Sie aktuell schwanger? o nein o ja

Hatten Sie bereits einen Schwangerschaftsdiabetes? o nein o ja

Gehen Sie regelmäßig zur podologischen Fußpflege? o nein o ja

Gehen Sie regelmäßig zum Augenarzt? o nein o ja

Seit wann ist der Diabetes mellitus bei Ihnen bekannt? _____

Diabetestherapie

- keine Medikamente
- orale Antidiabetika (Tabletten)
 - _____ seit: _____
 - _____ seit: _____
 - _____ seit: _____
 - Unverträglichkeit:

- GLP-1-Analoga (wöchentliche Spritze)
 - _____ seit: _____
- Insulin
 - _____ seit: _____
 - _____ seit: _____
- Insulinpumpe
 - _____ seit: _____

Diabetes-Schulung

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen?

- nein
- ja, wann und wo? _____



Begleiterkrankungen

- Diabetische Folgeerkrankungen
 - Augenveränderung
 - Nierenerkrankung
 - Fußsyndrom
 - Nervenschädigung
 - Durchblutungsstörung
 - Zahnfleischveränderung
 - Hypoglykämiewahrnehmungsstörung
 - Amputation
 - _____
 - Herzerkrankung
 - Herzinfarkt
 - Bluthochdruck
 - Stent/Bypass
 - Blutgerinnungsstörung
 - Koronare Herzkrankheit
 - _____
 - Fettstoffwechselstörung
 - Lungenerkrankung
 - Asthma
 - COPD
 - Schlafapnoe
 - _____
 - Augenerkrankung
 - grauer Star
 - grüner Star
 - _____
 - Krebs

- Magen-Darmerkrankung
 - Nahrungsmittelunverträglichkeit

 - Morbus Crohn
 - Colitis Ulcerosa
 - Reizdarm
 - _____
 - Lebererkrankung
 - Fettleber
 - Leberzirrhose
 - _____
 - Nierenerkrankung

 - Operationen

 - Medikamentenunverträglichkeit

 - Allergien

 - Infektionserkrankung

 - Schlaganfall
 - Depression
 - Essstörung
 - Arthrose
 - Rheuma
 - Epilepsie
 - andere



Sozialanamnese

Wohnsituation: o allein lebend o mit Familie/Freunden o in Betreuung

Wer kocht in Ihrem Haushalt? _____

Was machen Sie beruflich? _____

Arbeiten Sie Vollzeit oder Teilzeit? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? o nein o ja _____

Welcher Religion gehören Sie an? _____

Familienanamnese

Gibt es Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (möglichst mit welchem Typ)?

o nein o ja _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? o nein o ja

Wenn Sie einen Medikamentenplan bei sich haben, brauchen Sie die folgende Tabelle nicht ausfüllen.

Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends	spät

Raum für weitere Anmerkungen:

Friedrichsthal, den

Unterschrift