

Anamnesebogen Diabetes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Wer ist Ihr Augenarzt?

Sind Sie Autofahrer?

ja nein

Spritzen Sie Ihr Insulin selbst?

ja nein

Spritzen Sie Insulin?

ja nein

Oder einer Ihrer Angehörigen, bzw. ein Pflegedienst?

ja nein

Darreichungsform?

Fertipen Patrone Insulinpumpe

Wenn ja, ggf. Name und Telefonnummer:

Name des Insulins	IE morgens	IE mittags	IE abends	IE zur Nacht

Haben Sie einen Korrekturfaktor? ja nein

Wenn ja, welchen: _____ mg/dl

Seit wann spritzen Sie Insulin? _____

Was ist Ihr Zielwert für den Blutzucker bzw. HbA1c?

Wie häufig messen Sie Ihren Blutzucker?

_____ pro/Tag _____ pro/Woche

Wie häufig treten bei Ihnen Unterzuckerungen auf?

_____ pro/Woche _____ pro/Monat

Ist bei ihnen schon mal eine schwere Unterzuckerung aufgetreten bei der Sie auf Hilfe angewiesen waren?

ja nein

Wenn ja, wie häufig: _____

Wann zuletzt? _____

Ab welchem Blutzuckerwert bemerken Sie eine Unterzuckerung?

_____ mg/dl

Haben Sie schon mal an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?

ja nein

Wenn ja, wann zuletzt: _____

Welches Blutzuckermess-System nutzen Sie?

Wie alt ist es? _____ Jahre

Sind Sie im DMP Programm für Diabetes eingetragen?

ja nein

Wenn ja bei wem? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Welche ja, welche Woche: _____

Ausgangsgewicht vor der Schwangerschaft:

_____ kg

Ort, Datum

Unterschrift / ggf. gesetzl. Vertreter