



**Roland Färber**  
Facharzt Innere Medizin  
Diabetologie

Kardiovaskulärer  
Präventivmediziner DGPR®

**Fachkunde:**

Geriatric  
Palliativmedizin  
Notfallmedizin  
Lymphologie  
Schlafapnoescreening

**Patienten-Schulungen:**

Diabetes Typ1,2,3  
Gestationsdiabetes  
Pumpenschulung  
Continuous Glucose Monitoring  
Asthma, COPD  
Hypertonie

Rosengartenstr. 8  
66482 Zweibrücken  
Tel.: 06332 17214

Fax: 06332 903170

[www.praxis-faerber.de](http://www.praxis-faerber.de)



**Anamnesebogen Diabetes**

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

**Persönliche Daten**

Vorname ..... Nachname .....

Geburtsdatum .....

Telefon ..... Fax .....

Mobil ..... email .....

Größe..... Gewicht.....kg

**Eigenanamnese**

Diabetes mellitus Typ 1  2  Andere  Seit ? .....

Seit wann nehmen Sie Tabletten gegen Diabetes ? .....

Seit wann spritzen Sie Insulin ? .....

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes an

- Nieren  Füßen  
 Augen  Herz  andere .....

Unter welchen sonstigen Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente

- Bluthochdruck  hohe Blutfettwerte  
 Durchblutungsstörungen  andere .....

Wann war die letzte Augenkontrolle? .....

- ohne Befund  Netzhautschäden

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig ?

Oder übergeben Sie uns Ihren Medikamentenplan.

Medikament mg-Zahl	morgens	mittags	abends

Welches Insulin spritzen Sie mit wieviel Einheiten oder Faktoren ?

.....

Welche Blutzuckerzielwerte haben Sie ? .....mg/dl

Welchen Korrekturfaktor haben Sie ? 1 Einheit für .....mg/dl

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrolle durch ? .....

Wie oft messen Sie den Blutzucker ? ...../Tag ...../Woche

Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat ?

..... , davon wieviele schwere .....

Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe .....

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung ? .....mg/dl

### Familienanamnästisch

Familienmitglieder mit Diabetes mellitus bekannt ?

.....

### Sozialanamnese

Familienstand  allein lebend  mit Partner lebend

Kinder im Haus  berentet

Beruf .....

Hobbys .....

Sport (welcher) .....

**Allgemeine Anamnese**

Ja            Nein

- Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel: ..... Zigaretten
- Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: .....Gläser/Woche

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Gruppenschulung teilgenommen ?

Ja            Nein

- Wenn ja, wann und wo: .....

Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil ?

Ja            Nein

- 

**Wie sind Sie auf uns gekommen:**

- Hausarzt             Krankenkasse
- Apotheke             Telefonbuch
- Internet             Freunde             anderes .....

**Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns :**

- verbesserte Einstellung             Hilfe beim Abnehmen
- Ernährungsberatung             Behandlung von Wunden
- Wissensbedarf (Schulung)             Regelmäßige Kontrolle nach DDG-Gesundheitspaß
- andere .....

Ich erteile hiermit die Erlaubnis bei Wunde(n) diese fotografisch zu dokumentieren. Die Fotografie(n) meiner Wunde(n) dienen der Dokumentation, um den Heilungsverlauf genauer beobachten zu können. Die Fotos werden in meiner Krankenakte archiviert und zu Zwecken der Wunddokumentation verwendet.

.....

Datum, Unterschrift