

Datum: \_\_\_\_\_

## Anamnesefragebogen

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Vor- &amp; Zuname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

 Raucherstatus:     Nichtraucher       Raucher ( \_\_\_\_ Zig./Tag)       Früher geraucht

Tel.: \_\_\_\_\_

 Covid-Impfung:     1x geimpft       2x geimpft       Auffrischung erhalten       nicht geimpft

                           Impfstoff: \_\_\_\_\_

 Covid-Infektion:     ja     nein      wann: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

 Familienstand:     Ledig     Verheiratet     Geschieden     Witwe(r)

Kinder (wenn ja, wie viele und wie alt)

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Erkrankungen in der Familie? Vater, Mutter und andere; z.B. Diabetes, Bluthochdruck, usw.

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Wann wurden welche Operationen bei Ihnen durchgeführt?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn Ja, welche und wie nehmen Sie diese ein?

Medikament (+ Stärke z. B. in mg)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Welche Fragen haben Sie?

---

---

---

---

**Nur beantworten wenn Sie Diabetiker sind:**

1) Welchen Typ haben Sie und seit wann?     Typ I seit \_\_\_\_\_     Typ II seit \_\_\_\_\_

2) Teilnahme am DMP – Diabetes – Programm?     Ja     Nein

1. Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt? Liegen Erkrankungen vor?

---

2. Gesundheitspass – Diabetes vorhanden?     Ja     Nein

3. Welches BZ-Messgerät benutzen Sie?

---

4. Welchen Pen benutzen Sie?

---

***Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diesen Anamnesebogen auszufüllen und das die Angabe der darin erfragten Informationen freiwillig sind. Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98 in 24103 Kiel) innehabe.***