



Dr. Claudia von Bielinski

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Stubnitzstraße 30, 13189 Berlin, Tel: 030 – 47 33 8 33, Fax: 030 – 32 53 65 43,
Email: kontakt@claudia-bielinski.de

Anamnesebogen für Patienten mit Diabetes mellitus

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Optimierung Ihrer Therapie bitten wir Sie um einige Informationen:

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor dem ersten Termin in unserer Praxis aus. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns. Wenn Sie ein Blutzuckertagebuch und/oder einen Gesundheitspass Diabetes haben, nehmen Sie diese Dinge bitte mit ins Sprechzimmer.

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer privat/mobil/dienstlich: _____

Telefonnummer von Familienangehörigen (für Notfälle): _____

Email-Adresse: _____

Fragen zum Diabetes

Wann war die letzte Blutentnahme? _____

Wo wurde sie gemacht? _____

Seit welchem Jahr ist ein erhöhter Blutzucker bekannt? _____

Letzter Langzeitzuckerwert (HbA1c-Wert in %) _____ %

gemessen am: _____ (Datum)

Nehmen Sie Diabetes-Tabletten: Nein Ja, seit: _____

Sind Sie ins DMP/Curaplan etc. eingeschrieben? Ja Nein



Dr. Claudia von Bielinski

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Stubnitzstraße 30, 13189 Berlin, Tel: 030 – 47 33 8 33, Fax: 030 – 32 53 65 43,
Email: kontakt@claudia-bielinski.de

Wie ist Ihre Körpergröße _____ cm und Ihr aktuelles Körpergewicht _____ kg?

Ist Diabetes in der Familie bekannt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem und welcher Diabetes-Typ?

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wann?

Medikament und Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Spät

Haben Sie ein oder mehrere Blutzucker-Messgeräte und wie heißen diese?

Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker? _____/pro Tag oder _____/pro Woche

Schreiben Sie Ihre Blutzucker-Werte auf? Ja Nein

Wie oft wechseln Sie die Nadel Ihrer Stechhilfe? _____

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?

Ja Nein Wenn ja, wann? _____



Dr. Claudia von Bielinski

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Stubnitzstraße 30, 13189 Berlin, Tel: 030 – 47 33 8 33, Fax: 030 – 32 53 65 43,
Email: kontakt@claudia-bielinski.de

Falls Sie Insulin spritzen:

Name des Insulins	Morgens (Menge)	Mittags (Menge)	Abends (Menge)	Spät (Menge)

Ab welchem Blutzuckerwert merken Sie eine Unterzuckerung (z.B. durch zittern, schwitzen)? _____

Wie viele Unterzuckerungen, die Sie behandeln müssen, haben Sie pro Monat? _____

...wie viele davon waren mit Notarzt oder Spritzen von Glukagon?

Wie oft wechseln Sie die Nadeln Ihres Insulinpens? _____

Sind bei Ihnen weitere Erkrankungen und/oder andere chronische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Niere: Nein Ja: _____

Augen: Nein Ja: _____

Herz: Nein Ja: _____

Schlaganfall: Nein Ja: _____

Leber: Nein Ja: _____

Bauchspeicheldrüse: Nein Ja: _____

Erhöhtes Cholesterin/Blutfette: Nein Ja: _____



Dr. Claudia von Bielinski
Diabetologische Schwerpunktpraxis

Stubnitzstraße 30, 13189 Berlin, Tel: 030 – 47 33 8 33, Fax: 030 – 32 53 65 43,
Email: kontakt@claudia-bielinski.de

Haben Sie Wunden an den Füßen (auch abgeheilte)? Nein Ja: _____

Haben Sie Durchblutungsstörungen der Beine? Nein Ja: _____

Haben Sie eine Erkrankung der Lunge? Nein Ja: _____

**Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika eingenommen oder
verabreicht bekommen?** Nein Ja

**Sind sie aufgrund sogenannter Antibiotika-resistenter Keime schon mal
behandelt worden oder mussten deswegen im Krankenhaus isoliert werden?**

Nein Ja

**Waren Sie in den letzten 6 Monaten mehr als 2 Tage stationär im
Krankenhaus?**

Nein Ja

Wann und in welchem Krankenhaus wurden Sie zuletzt behandelt?

Ihr letzter Besuch beim Augenarzt war am _____

Von welchen Ärzten wurden Sie zuletzt wann behandelt?

Hausarzt: Nein Ja, von _____ am _____

Augenarzt: Nein Ja, von _____ am _____

Kardiologe: Nein Ja, von _____ am _____

Nierenarzt: Nein Ja, von _____ am _____



Dr. Claudia von Bielinski

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Stubnitzstraße 30, 13189 Berlin, Tel: 030 – 47 33 8 33, Fax: 030 – 32 53 65 43,
Email: kontakt@claudia-bielinski.de

Fragen zum Blutdruck

Haben Sie ein Blutdruckmessgerät? Ja Nein

Dokumentieren Sie die gemessenen Werte? Ja Nein

Haben Sie an einer Blutdruck-Schulung teilgenommen?

Nein Ja Wenn ja, wann und wo fand diese statt? _____

Sind Allergien gegen Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt?

Nein Ja, gegen _____

Ist Ihr Hören eingeschränkt? Ja Nein

Ist Ihre Sehkraft eingeschränkt? Ja Nein

Noch ein paar kurze Fragen zu Ihrem Leben und Ihrem Alltag:

Sport: _____

Hobbys: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wieviel? _____

Wer kocht in Ihrem Haushalt? _____

Fühlen Sie sich in letzter Zeit häufiger traurig/ niedergeschlagen? Ja Nein



Dr. Claudia von Bielinski

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Stubnitzstraße 30, 13189 Berlin, Tel: 030 – 47 33 8 33, Fax: 030 – 32 53 65 43,
Email: kontakt@claudia-bielinski.de



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO (Fünf) - FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN ´ (Version 1998)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

<i>In den letzten zwei Wochen ...</i>	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Punktberechnung

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 grösstes Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen.

Den Prozentwert von 0 -100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das schlechteste Befinden, 100 das beste.



Dr. Claudia von Bielinski

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Stubnitzstraße 30, 13189 Berlin, Tel: 030 – 47 33 8 33, Fax: 030 – 32 53 65 43,
Email: kontakt@claudia-bielinski.de

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin folgende Dinge mit:

- einen aktuellen Medikamentenplan,
- Ihre letzten Laborwerte,
- wichtige Facharztbefunde
- und eine Urinprobe.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass Termine, die Sie nicht einhalten können, von Ihnen abzusagen sind. Hierfür stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Praxistelefon: 030 - 47 33 8 33

Fax: 030 - 32 53 65 43

E-Mail: kontakt@claudia-bielinski.de