

---

# ZWISCHENANAMNESE DM

---

## Persönliche Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

männlich     weiblich    Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Beschwerden:

Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

---

---

## Erkrankungen:

Sind weitere Erkrankungen hinzugekommen?

---

## Rauchen Sie? Oder trinken Sie Alkohol?

Rauchen     ja     nein    Wenn ja, wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_

Alkohol     ja     nein    Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

## Sozialanamnese:

ledig     verheiratet     geschieden     verwitwet

Leben Sie mit jemandem zusammen in einem Haushalt? \_\_\_\_\_

Was machen Sie beruflich? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport bzw. haben Sie viel Bewegung? \_\_\_\_\_

## Medikamente:

Medikament	Dosis	morgens/mittags/abends

## Diabetes mellitus:

Haben Sie Probleme mit **Unterzuckerungen**?  ja, \_\_\_\_\_  nein

Haben Sie Probleme mit **Überzuckerungen**?  ja, \_\_\_\_\_  nein

Was beachten Sie bei Ihrer Ernährung? \_\_\_\_\_

## Folgeschäden: keine

Nervenstörungen: \_\_\_\_\_

Fußprobleme (z.B. Geschwüre, Amputationen, etc.): \_\_\_\_\_

nächtliches Wasserlassen  Magen-Darm-Störungen  Schwindel

Potenzprobleme  Wadenkrämpfe  Luftnot bei Belastung  Nierenprobleme

Letzte Augenuntersuchung: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Sonst: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten