



## ANAMNESEBOGEN

Vor- u. Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir möchten Sie optimal beraten und behandeln. Um gezielt und individuell auf Ihre medizinischen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir einige Auskünfte von Ihnen. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ihr Hausarzt (Name / Adresse)

---

---

Nehmen Sie am DMP (Disease-Management-Programm) bei Ihrem Hausarzt teil?

Ja  Nein

Was ist der Grund Ihres Besuchs (Beschwerden)?

---

---

Welcher Diabetes-Typ liegt bei Ihnen vor?	
Seit wann ist der Diabetes bekannt?	
Wer hat in Ihrer Familie noch Diabetes?	
Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? Befund?	
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?	

Welche Medikamente nehmen Sie wann ein?	
Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?	
Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?	



**Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt?**

	Ja	Nein	Familiär
Diabetische Retinopathie (Augen)			
Diabetische Neuropathie (Nerven)			
Diabetische Nephropathie (Nieren)			
Asthma			
Herzschwäche			
Herzinfarkt - Wenn ja, wann?			
Hoher Blutdruck			
Niedriger Blutdruck			
Lebererkrankung - Wenn ja, welche?			
Arterielle Verschlusskrankheit			
Lag in der Vergangenheit eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse vor?			

**Sonstige Erkrankungen:**

---



---

**Treiben Sie Sport? Bewegen Sie sich regelmäßig?**

---



---

**Was machen Sie beruflich?**

---



---

**Liegt eine Schwangerschaft vor? Ggf. welche Woche? Geburtstermin?**

---



---

**Wieviel Alkohol trinken Sie?**

---



---

**Rauchen Sie oder haben Sie geraucht, bis wann? Wieviel?**

---



---

**Nehmen Sie sonstige Substanzen zu sich?**

---



---



Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen Ihrer Angaben sofort mit.

Das Diabeteszentrum Lilienthal darf mich

- Telefonisch: \_\_\_\_\_
- per Post: \_\_\_\_\_
- per E-Mail: \_\_\_\_\_

kontaktieren.

Hiermit entbinde ich meine Hausarztpraxis und andere Facharztpraxen, bei denen ich mich in Behandlung befinde, von der Schweigepflicht gegenüber dem Diabeteszentrum Lilienthal. Es werden lediglich für die hier nötige Behandlung/Diagnostik relevanten Befunde eingefordert (per Fax oder E-Mail).

Ort/Datum

Unterschrift

### ACHTUNG:

Das Diabeteszentrum Lilienthal arbeitet mit einem Bestellsystem. Wartezeiten lassen sich trotz guter Organisation nicht immer völlig verhindern, aber wir bemühen uns um kurze Wartezeiten. Bitte sagen Sie daher vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vorher ab, sodass wir ggf. noch die Möglichkeit haben, diesen Termin anderen Patienten anzubieten.

Sollten Sie jedoch Ihre Termine bei uns OHNE Absage versäumen, behalten wir uns vor, nach dem zweiten versäumten Termin das Arzt/Patientenverhältnis zu beenden. Somit werden Ihnen dann keine neuen Termine mehr bei uns vergeben.

Danke für Ihr Verständnis.