



ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Hausarzt: _____

SOZIALANAMNESE

Berufstätig: Beruf: _____

Berentet:

Sport: _____

Aktuelles Gewicht: _____ Körpergröße: _____

ALLGEMEINE ANAMNESE

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

Konsumieren Sie Alkohol? Ja Nein _____

Wenn ja, wie viele Gläser/Woche?

DATUM, UNTERSCHRIFT: _____

WWW.ZAHNARZTPRAXIS-WERNICKE.DE
ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS - 01



ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS

EIGENANAMNESE

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Schwangerschaftsdiabetes

Andere Seit wann ist der Diabetes bekannt? _____

Bestanden Symptome, die zur Diagnosestellung führten? Ja Nein
(z.B. vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Gewichts-
abnahme, Schwäche, häufige Infekte)

Nehmen Sie Medikamenten gegen Diabetes mellitus ein? _____

Seit wann nehmen Sie Tabletten gegen Diabetes mellitus? _____

Spritzen Sie Insulin? Ja Nein Wenn ja seit wann? _____

Welches Insulin bzw. Insuline nehmen Sie? _____

Mit wieviel Einheiten?

morgens mittags abends zur Nacht BE-Faktor

Welchen Blutzuckerzielwert haben Sie? _____ mg/dl/mmol/l

Welchen Korrekturfaktor haben Sie?
1 IE zusätzlich für _____ mg/dl/mmol/l

Welche Nadeln benutzen Sie zum Spritzen? _____

Wie oft wechseln Sie die Nadeln? _____

DATUM, UNTERSCHRIFT: _____

WWW.ZAHNARZTPRAXIS-WERNICKE.DE
ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS - 02



ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS

EIGENANAMNESE

Mit welchem Gerät führen Sie die Blutzuckerkontrollen durch? _____

Wie oft messen Sie den Blutzucker? _____ /Tage _____ /Woche

Wie viele Unterzuckerungen haben Sie pro Monat?

_____, davon wie viele schwere _____

Ab welchem Wert merken Sie eine Unterzuckerung?

- unter 40 mg/dl/2,2 mmol/l ab 60 mg/dl/3,3 mmol/l
 ab 80 mg/dl/4,4 mmol/l über 80 mg/dl/4,4 mmol/l

Anzahl der Unterzuckerungen im letzten Jahr mit Fremdhilfe? _____

Familienmitglieder mit Diabetes mellitus (welcher Diabetes Typ)? _____

Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung teilgenommen?

Ja Nein Wenn ja wann und wo? _____

Nehmen Sie am DMP-Programm Diabetes der Krankenkasse teil?

Ja Nein

DATUM, UNTERSCHRIFT: _____

WWW.ZAHNARZTPRAXIS-WERNICKE.DE
ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS - 03



ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS

FOLGEERKRANKUNGEN/UND ANDERE ERKRANKUNGEN

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus an:

Nieren Ja Nein eingeschränkte Nierenfunktion

Herz/Gefäße Ja Nein

Herzinfarkt/Durchblutungsstörungen Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine/Schaufensterkrankheit

Letztes EKG/Langzeit-EKG? _____

Augen

Wann war die letzte Augenkontrolle? _____

Ergebnis: ohne Befund Netzhautschäden

Füße Ja Nein

(z.B. verstärkter Ruheschmerz in den Beinen/Füßen? Missempfindung wie Kribbeln, Taubheitsgefühl?)

Besteht bereits eine Polyneuropathie? Ja Nein

Podologische Behandlung?

Diabetische Einlagen?

Spezielle Diabetesschuhe?

DATUM, UNTERSCHRIFT: _____

WWW.ZAHNARZTPRAXIS-WERNICKE.DE
ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS - 04



ANAMNESEBOGEN DIABETES MELLITUS

FOLGEERKRANKUNGEN/UND ANDERE ERKRANKUNGEN

Bestehen Folgeerkrankungen durch den Diabetes mellitus an:

Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle? _____

Unter welchen weiteren Krankheiten leiden Sie oder nehmen entsprechende Medikamente?

- Bluthochdruck
- hohe Blutfettwerte
- Durchblutungsstörungen
- andere _____

Letztes EKG/Langzeit-EKG? _____

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN UND WIE HÄUFIG?

Medikamente (mit mg-Angabe)	morgens	mittags	abend	seit wann?

Allgemeine Hinweise:

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 Fotodokumentation kann auch anonym für Falldarstellungen im Rahmen von Studien verwendet werden. Die Fotos werden in meiner Krankenakte archiviert und zu Zwecken der Wunddokumentation verwendet.

DATUM, UNTERSCHRIFT: _____