

Name, Vorname, Geburtsdatum	Ihre Krankenkasse:
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Telefonnr.:

Hinweis auf diese Praxis durch: -----

Eigene Krankheitsvorgeschichte:

bekannt:

- Allergie ja nein _____
Husten ja nein _____
Auswurf ja nein _____
Rauchen Sie? ja nein Menge pro Tag: _____
Alkohol Bier/Wein/Schnaps ja nein Menge pro Woche: _____
Impfungen Grippe Pneumonie Tetanus Diphtherie
Sonstige Impfungen: _____

Appetit gut mäßig wenig

Größe und Gewicht: _____ kg, _____ cm
Zu-/ Abnahme _____ kg in _____ Wo./Mo.

Operationen: ja nein welche: _____
wenn: _____
noch Beschwerden: ja nein welche: _____

Hausarzt: Name: _____

Anschrift: _____

DMP Teilnahme beim HA?

- Diab. Typ II, Diab. Typ I, KHK, Asthma, COPD

Medikamente / Insulin: Dosierung:
morgens mittags abends zur Nacht

Für Diabetiker:

Diabetes bekannt seit: _____, bei Insulin-Therapie seit wann: _____

bei OAD (=Tabletten)-Therapie seit wann: _____

Letzter Hba1c _____ %

letzte Schulung _____ Diabetes Hypertonie

Letzte Augenuntersuchung: _____

Retinopathie bekannt: ja nein

Wurde eine Laserung durchgeführt? ja nein

Bluthochdruck (BD): ja nein wenn, aktuelle BD-Werte ____/____ mmHg

Familien Vorgeschichte: Wer - (Vater/Mutter/ Bruder/Schwester/ ...)

Diabetes ja nein wer: _____

Herzinfarkt ja nein wer: _____

Schlaganfall ja nein wer: _____

Bluthochdruck ja nein wer: _____

Familienstand/ Kinder: _____

Beruf: _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Durch den Arzt auszufüllen:

Eigenanamnese:

BD li ____/____ mmHg, re ____/____ mmHg HF____, Größe ____ cm, Gewicht ____ kg

BMI: _____

HI : _____

Arrhythmien: _____

Angina pectoris: _____

Apoplex: _____

Claudicatio: _____

Ulkus-Anamnese: _____

Darmerkrankungen: _____

Galle: _____

Schilddrüse: _____

Asthma/COPD: _____

Fettstoffwechselstörung: _____

Nierenerkrankungen: _____

Arterielle Hypertonie: _____

Zusätze: _____

Impfungen: _____