

Diabetologikum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis KVN
Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM

Dr. med. Christian Malcharzik
Dr. med. Maïke Plaumann
Dr. med. Ulrike Dente-Latossek
Dr. med. Ina Preußner (angestellte Fachärztin)
Dr. med. Katrin Wüppen (angestellte Fachärztin)
Helene Richter (angestellte Fachärztin)

Rathenaustraße 16 · 30159 Hannover
Tel.: 0511 · 36 39 76 | Fax: 0511 · 30 47 93
E-Mail: praxis@diabetes-kroepcke.de

Unser Leistungsangebot

Liebe Patientin, lieber Patient,
unsere internistische Gemeinschaftspraxis ist zertifiziert
und hat den Schwerpunkt Diabetes: Diagnostik und
Beratung, ambulantes Training und Behandlung. Dazu
unterziehen wir uns kontinuierlich internen und externen
Qualitätskontrollen.

Ziele

Unser Ziel ist es, die Lebensqualität unserer Patienten mit
einem Höchstmaß an körperlichem und seelischem Wohl-
befinden zu erhalten oder zu verbessern. Sie sollen auch
mit Diabetes ihr Leben nach Ihren Wünschen gestalten
können.

Durch unsere kompetente Betreuung können Sie nach-
weislich diabetesbedingte Folgekrankheiten messbar
verringern.

Durch Vorsorgemaßnahmen wollen wir einen wichtigen
Beitrag zur Verminderung der diabetesbedingten Folge-
krankheiten leisten. Wir sind auch für Sie da, wenn sich
Komplikationen einstellen.

Untersuchungsspektrum

Wir stellen Ihnen folgendes Untersuchungsspektrum zur
Verfügung:

- Laboruntersuchungen
- Stoffwechselscreening
- Ultraschall (Bauch, Schilddrüse, Herz, Halsschlag-
adern, Beinvenen)
- EKG in Ruhe und unter Belastung
- 24 - Stunden EKG und
- 24 - Stunden Blutdruckmessung
- Lungenfunktionsprüfung

Training

In der Gruppe oder im individuellen Einzeltraining werden
Sie in die Lage versetzt, die Behandlung Ihres Stoffwech-
sels selbst in die Hand zu nehmen und Ihr Leben ohne
überflüssige Einschränkungen zu gestalten.

Die einzelnen Programme:

- Typ 1 Diabetes
- Typ 2 Diabetes
- Schwangerschaftsdiabetes
- Ernährungsberatung
- Insulinpumpen
- Hypoglykämiewahrnehmungstraining

Wir führen auch Schulungen in türkischer Sprache durch.

Wir beraten Sie gern!
0511 · 36 39 76



Sind Sie schon einmal operiert worden?

nein ja

Wann, warum?

Liegen Allergien vor?

nein ja

Welche?

Rauchen Sie?

nein ja

Wieviel?

Trinken Sie Alkohol?

nein ja

Regelmäßig? Wieviel?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein ja

Welche?

Fragen zur sozialen Situation

Leben Sie allein oder in der Familie?

Haben Sie Kinder?

nein ja

Was sind Sie von Beruf?

Besondere Belastungen?

Fragen zur Familienvorgeschichte

Gab es in Ihrer Familie Krankheiten, die gehäuft aufgetreten sind?

nein ja

- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Übergewicht
- Schlaganfälle
- Krebserkrankung

Wir beraten Sie gern!
0511 - 36 39 76



Anamnesebogen Ernährungsmedizin / Adipositas

Datum: _____

Angaben zur Person

Name : _____

Geburtsdatum : _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____

Krankenkasse _____

Hausarzt : _____

Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe _____ cm

derzeitiges Gewicht _____ kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg Wann (etwa)? _____

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg Das war wann? _____

Meine bisher größte Gewichtsabnahme: _____ kg im Jahr _____

Mein Wunschgewicht liegt bei: _____ kg

Ich bin aber auch zufrieden,
wenn ich folgendes Gewicht erreiche: _____ kg

In einem Jahr möchte ich wiegen: _____ kg

Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen ___ mal/Tag ___ mal/Woche ___ mal/Monat

- eigene Messung des Bauchumfangs
- Änderung der Kleidergröße Änderung der Gürtellänge

Wie häufig haben Sie bereits Diäten durchgeführt?

- Noch nie
- 1 – 5 mal
- 6 – 9 mal
- >10 mal
- regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

Welche Maßnahmen zur Gewichtsverringerng haben Sie durchgeführt?

	Wann?	Dauer der Maßnahme	Gewichtsverlust in kg	Wiederzunahme in kg
Diäten in Eigenregie (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):				
„Pulverdiät“ Almased / BCM / Redumed etc.				
Weight Watchers				
Akupunktur / Heilpraktiker				
Optifast / Mobilis				
Mit Unterstützung Ihres Arztes				
Medkamente z.B. Xenical / Reductil / Acomplia oder andere				
Psychotherapie (ambulant)				
Stationäre Kur zum Abnehmen				
Sonstiges:				

Warum wollen Sie abnehmen?

-
-

-
-
-

Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? _____

davon beruflich bedingt: _____

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____

Welchen Sport? _____

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja nein

Wenn ja welche? _____

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen? ja nein

Raucher seit _____ Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit _____ geraucht über _____ Jahre _____ Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants?

immer häufig selten nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier Wein / Sekt Spirituosen Cocktails / Alcopops

Täglich _____ mal / Woche _____ mal / Monat

- Aus welchen Gründen?
- aus Gründen des Genusses
 - aufgrund einer Alltagsgewohnheit
 - um abzuspannen
 - um von Problemen abgelenkt zu werden
 - um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

Fragen zum Essverhalten

© adaptiert nach Arbeitsgruppe BDEM

Dres. med. C. Malcharzik, M. Plaumann, U. Dente-Latossek, H. Richter (angest. Ärztin f. Allgemeinmedizin)

Internisten, Diabetologikum DDG, Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM

Rathenastr. 16, 30159 Hannover, Tel.: 0511- 363976, Fax: 0511- 304793, Email: praxis@diabetes-kroepcke.de

www.diabetes-kroepcke.de

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? Ja Nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag? _____

Wie essen Sie? schnell langsam bewusst
 Zeitung lesend beim Fernsehen unregelmäßig

Wo essen Sie? im Wohnzimmer in der Küche bei der Arbeit
 unterwegs

Andere Orte: _____

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? _____

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (Bitte Uhrzeit eintragen): _____

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ja nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? immer häufig selten nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Essen Sie Fast Food? immer häufig selten nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ja nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja nein

Wenn ja, wie oft und wann? _____

Was trinken Sie?

Mineralwasser Cola, Fanta etc. Fruchtsäfte Kaffee Tee

anderes, was? _____

1. Sind / waren Ihre Eltern und Geschwister übergewichtig und erkrankten an Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Nierenerkrankungen?

2. Waren Sie bereits als Kind übergewichtig? Haben Ihre Eltern auf Ihre Ernährung und viel Bewegung geachtet? Musste der Teller immer leer gegessen werden, bevor man den Tisch verlassen durfte?

3. Nahmen Sie in der Schulzeit am Schulsport teil? Waren Sie in einem Sportverein?

4. Wie war der Gewichtsverlauf nach der Schulzeit? Während der Ausbildung / des Studiums und schließlich im Berufsleben? Gegebenenfalls während und nach der Schwangerschaft?

5. Gab es Ereignisse, die das Gewicht maßgeblich beeinflussten?

6. Welche Erklärung haben Sie für Ihr Übergewicht?
