

SV-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nur bei Einschreibung

Diabetes-Diagnose (Jahr) 

--	--	--	--

 Hypertonie seit (Jahr) 

--	--	--	--

Insulin seit (Jahr) 

--	--	--	--

 OAD seit (Jahr) 

--	--	--	--

St. Vincent Ziele (*aktuelle Situation*)

	ja	nein
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminales Nierenversagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz: Infarkt/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoplexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputation	major <input type="checkbox"/>	minor <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>

Symptome (*seit der letzten Dokumentation*)

	ja	nein
Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claudicatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIA/PRIND	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erektile Dysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co-Morbiditäten

Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>
KHK	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>
PAVK	<input type="checkbox"/>
Bypass	<input type="checkbox"/>
Dilatation	<input type="checkbox"/>

Augenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten)

	ja	nein
Lasierung ( <i>jemals</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht proliferativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
proliferativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fußuntersuchung

	<i>rechts</i>		<i>links</i>	
	ja	nein	ja	nein
Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheiltes Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutes Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puls <i>nicht</i> tastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationsempfinden vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Risikoverhalten

Rauchen (Zigaretten/Tag) 

--	--	--	--

Lebensqualität

EQ-5D 

--	--	--	--	--

EQ-5D VAS 

--	--	--	--	--

Gemessene Werte (*Mind. eines der 3 Felder ausfüllen*)

Gewicht (kg) 

--	--	--

 BMI 

--	--	--	--

Größe (cm) 

--	--	--	--

Blutdruck in Ruhe Einmalmessung (mmHg) 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

Mittelwert aus 30 Selbstmessungen (mmHg) 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

24-h-RR-Messung (wenn vorhanden) 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

HbA1c (%) 

--	--	--

 Triglyceride (mg/dl) 

--	--	--	--

 Cholesterin (mg/dl) 

--	--	--	--

 HDL-Chol (mg/dl) 

--	--	--	--

Kreatinin (mg/dl) 

--	--	--	--

 Mikroalbuminurie negativ  erhöht  Proteinurie (g/l) 

--	--	--	--

 LDL-Chol (mg/dl) 

--	--	--	--

Therapie

	ja	nein
Nur Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konventionell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prä-prandial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensiviert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur basal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zielvereinbarungen

HbA1c (%) 

--	--	--

	ja	nein
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstkontrolle

Blutdruckmessung

	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutzuckermessung

	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Harnzuckermessung

	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diabetes-Schulung

	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann (Jahr) 

--	--	--	--

Vertragspartner-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Untersuchungsdatum

Tag 

--	--	--

 Monat 

--	--	--

 Jahr 

--	--	--

Unterschrift Arzt

--

**Alle weißen Felder müssen für die Abrechenbarkeit der DMP-Positionen mit den erhobenen Werten befüllt sein!**