

SV-Nummer

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

Anamnese

Diabetes-Diagnose (Jahr)

--	--	--	--

 Hypertonie seit (Jahr)

--	--	--	--

Sekundärkomplikationen

	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"/>	
	major	minor	nein
Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptome

	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"/>

Komorbiditäten

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

Augenuntersuchung
(in den letzten 12 Monaten)

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

Fußuntersuchung

	rechts		links	
	ja	nein	ja	nein
Fußdeformität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulkus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puls 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"/>

Rauchen

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

Diabetes-Schulung

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

Wann (Jahr)

--	--	--	--

Lebensqualität

EQ-5D

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

EQ-5D VAS

--	--	--

Gemessene Werte

Gewicht (kg)

--	--	--

 Größe (cm)

--	--	--

 Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg)

--	--	--	--

 /

--	--	--	--

HbA1c (% oder mmol/mol)

--	--	--	--	--

 Cholesterin (mg/dl)

--	--	--	--

 HDL-Chol (mg/dl)

--	--	--

 Triglyceride (mg/dl)

--	--	--	--

Kreatinin (mg/dl)

--	--	--	--

 eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m²

--	--	--	--

 Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g)

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

 < (kleiner als)

Therapie

	ja	nein
Nur Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kombi-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zielvereinbarungen

HbA1c (% oder mmol/mol)

--	--	--	--	--

	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"/>

Vertragspartner-Nr.

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

Untersuchungsdatum

Tag

--	--	--

 Monat

--	--	--

 Jahr

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

Unterschrift Ärztin/Arzt

--