

SV-Nummer

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

Anamnese

Diabetes-Diagnose (Jahr)

--	--	--	--

 Hypertonie seit (Jahr)

--	--	--	--

Sekundärkomplikationen

	ja	nein
Blindheit	☐	☐
Terminales Nierenversagen	☐	☐
Herz: Infarkt	☐	☐
Bypass/Dilatation	☐	☐
Apoplexie	☐	☐
	major	minor
Amputation	☐	☐

Symptome

	ja	nein
Neuropathie	☐	☐
Angina pectoris	☐	☐
Claudicatio	☐	☐
TIA/PRIND	☐	☐
Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	☐	☐
Erektile Dysfunktion	☐	☐

Komorbiditäten

	ja	nein
Herzinsuffizienz	☐	☐
KHK	☐	☐
Depression	☐	☐
PAVK	☐	☐
Bypass/Dilatation	☐	☐

Augenuntersuchung
(in den letzten 12 Monaten)

	ja	nein
	☐	☐

Fußuntersuchung

	rechts		links	
	ja	nein	ja	nein
Fußdeformität	☐	☐	☐	☐
Ulkus	☐	☐	☐	☐
Puls tastbar	☐	☐	☐	☐
Vibrationsempfinden vermindert	☐	☐	☐	☐

Rauchen

	ja	nein
	☐	☐

Diabetes-Schulung

	ja	nein
	☐	☐

Wann (Jahr)

--	--	--	--

Lebensqualität

EQ-5D

--	--	--	--	--

EQ-5D VAS

--	--	--

Gemessene Werte

Gewicht (kg)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Größe (cm)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
HbA1c (% oder mmol/mol)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					Cholesterin (mg/dl)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				HDL-Chol (mg/dl)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Triglyceride (mg/dl)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Kreatinin (mg/dl)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				eGFR (mittels CKD-EPI-Formel) - ml/min/1,73 m ²	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g)	☐ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> < (kleiner als)										

Therapie

	ja	nein
Nur Diät	☐	☐
OAD	☐	☐
Kombi-Therapie	☐	☐
Insulin	☐	☐
Blutdruck	☐	☐
Blutfette	☐	☐

Zielvereinbarungen

HbA1c (% oder mmol/mol)

--	--	--	--

	ja	nein
Blutdruck	☐	☐
Tabak	☐	☐
Bewegung	☐	☐
Gewicht	☐	☐
Ernährung	☐	☐

Selbstkontrolle

Blutdruckmessung

	ja	nein
	☐	☐

Blutzuckermessung

	ja	nein
	☐	☐

Vertragspartner-Nr.

<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

Untersuchungsdatum

Tag	Monat	Jahr								
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

Unterschrift Ärztin/Arzt

--