

SV-Nummer	Anamnese																				
Diabetes-Diagnose (Jahr) Hypertonie seit (Jahr)																					
Sekundärkomplikationen						Symptome						Komorbiditäten									
			ja	nein				ja	nein				ja	nein							
Blindheit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					Neuropathie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Terminales Nierenversagen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					Angina pectoris	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					KHK	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Herz: Infarkt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					Claudicatio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					Depression	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					TIA/PRIND	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					PAVK	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Apoplexie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					Schwere Hypoglykämien (Fremdhilfe)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Amputation	major	<input type="checkbox"/>	minor	<input type="checkbox"/>	nein				Erektile Dysfunktion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
Augenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten)			ja	nein												Rauchen					
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													ja	nein	<input type="checkbox"/>			
Diabetes-Schulung			ja	nein												Lebensqualität					
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>													EQ-5D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Wann (Jahr)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															EQ-5D VAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Gemessene Werte																					
Gewicht (kg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Größe (cm)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Blutdruck in Ruhe Ordinationsmessung (mmHg)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
HbA1c (% oder mmol/mol)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>			Cholesterin (mg/dl)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			HDL-Chol (mg/dl)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Triglyceride (mg/dl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Kreatinin (mg/dl)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			eGFR (mittels CKD-EPI- Formel) - ml/min/1,73 m ²			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn (mg/g)			< (kleiner als) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Therapie	Zielvereinbarungen												Selbstkontrolle								
Nur Diät	ja	nein				HbA1c (% oder mmol/mol)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>									Blutdruckmessung			
OAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Blutdruck			ja	nein							ja	nein	<input type="checkbox"/>		
Kombi-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Tabak			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Bewegung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Gewicht			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Ernährung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Vertragspartner-Nr.	Untersuchungsdatum						Unterschrift Ärztin/Arzt														
<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Tag	Monat	Jahr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														

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