

Basisdaten		Patientendaten				
Arzt ID	Geburtsdatum Tag Monat Jahr	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>		Initialen VN NN		
Untersuchungsdatum	Diabetestyp Typ 1 <input type="checkbox"/>	Diabetes Diagnose	OAD seit	Dauer des KH von Tag Monat Jahr		
	Typ2 <input type="checkbox"/>			bis Tag Monat Jahr		
Insulin seit	Sonstige <input type="checkbox"/>					
Gründe für Erörterung / KH – Aufnahme						
Erörterung <input type="checkbox"/>	Routine <input type="checkbox"/>	Opt. D. Einst. <input type="checkbox"/>	Folgeschäden <input type="checkbox"/>	Diab. Fußsyndr. <input type="checkbox"/>		
KH-Aufnahme <input type="checkbox"/>	Manifest <input type="checkbox"/>	Schwangerschaft <input type="checkbox"/>	Notfall <input type="checkbox"/>	Ketoacidose <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>	
Schwangerschaften						
beendet in den letzten 12 Monaten Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Normal	Aborte	Missbildungen	Perinatale Todesfälle		
Risikofaktoren						
Zigaretten / Tag			Alkohol g / Woche			
Selbstkontrolle						
Blutzucker (Anzahl / Woche)		Harnzucker (Anzahl / Woche)				
Schulung / Selbsthilfeorganisation						
Kein Info <input type="checkbox"/>			J	N	J	N
Schulung	Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risikofaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypoglykämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Folgeschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diab. Fußsyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapieanpassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgl. Selbsthilfeorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messungen (letzte Werte in den letzten 12 Monaten)						
Gewicht (kg)	Größe (cm)	Blutdruck in Ruhe / (mm Hg)				
Blutzucker (mg/dl)	Kreatinin (mg/dl)	Cholesterin (mg/dl)		nüchtern		
HbA1 (%)	Microalbumin (mg/l)	HDL-Cholesterin (mg/dl)		J	N	
HbA1c (%)	Proteinurie (g/l)	LDL-Cholesterin (mg/dl)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Triglyceride (mg/dl)				
St. Vincent Ziele (aktuelle Situation)						
	J	N		J	N	
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja: neu in letzten 12 Mon.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt/Bypass/Dilatation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja: neu in letzten 12 Mon.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja: neu in letzten 12 Mon.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terminales Nierenversagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja: neu in letzten 12 Mon.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amputation über Knöchel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja: neu in letzten 12 Mon.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amputation unter Knöchel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja: neu in letzten 12 Mon.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptome (seit 12 Monaten)						
Orthostase	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Angina pectoris	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Neuropathie	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Claudicatio	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Erectile Dysfunktion	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>			

Untersuchungen												
Untersucht in den letzten 12 Mon.				J N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Untersucht in den letzten 12 Mon.				J N <input style="border: 2px solid black;" type="checkbox"/> <input style="border: 2px solid black;" type="checkbox"/>		
				rechts links						rechts links		
				J N J N						J N J N		
jemals Photokoagulation				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Normales Vibrationempf.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
visusrelevante Katarakt				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Normales Schmerzempf.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Retina sichtbar				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Puls tastbar				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Wenn ja:						Geheiltes Ulkus				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Klin. sign Makulaödem				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Akutes Ulkus				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Retinopathie				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Bypass/Dilatation				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Wenn Ret.:						Sehschärfe				rechts links /		
milde/mäßige diab. Ret.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(in %)						
schwere nicht proliferative Ret.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Proliferative Rp.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Fortgeschrittener Augenschaden				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Lebensqualität / Notfälle (in den letzten 12 Monaten)												
Hypoglykämie <i>(Anzahl/Jahr)</i>			KH Aufenthalt wegen Hypoglykämie <i>(Anzahl/Jahr)</i>			Hyperglykämie <i>(Anzahl/Jahr)</i>		Krankheitstage <i>(T/J)</i>		KH Tage <i>(T/J)</i>		
Diabetes Behandlung												
		Bis jetzt		Ab jetzt		Bis jetzt			Ab jetzt			
		J N		J N								
Nur Diät		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Insulin <i>(IE/Tag)</i>						
Biguanide <i>(erstmals)</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Insulin-Injektionen <i>(Anzahl/Tag)</i>						
Sulfonylharnst. <i>(erstmals)</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Glucosidase <i>(Inhib.-erstmals)</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Andere OAD <i>(MARK2 –erstmals)</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Pen			J N		J N	
Sonst. Behandlungen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Pumpe			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Weitere Behandlungen												
		Bis jetzt		Ab jetzt		Bis jetzt			Ab jetzt			
		J N		J N		J N			J N			
Hypertonus		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Nephropathie			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Neuropathie			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Kor. Herzkrankh.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sonstige			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dyslipidämie		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Lebensqualität				Mark 1:				Mark 2:				
Datum										Unterschrift Arzt		