

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Folge-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 2

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

012A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input checked="" type="checkbox"/> Hypertonus	<input checked="" type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input checked="" type="checkbox"/> KHK	<input checked="" type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input checked="" type="checkbox"/> Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/> pAVK	<input checked="" type="checkbox"/> Nephropathie	<input checked="" type="checkbox"/> Nierenersatztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Retinopathie
<input checked="" type="checkbox"/> Blindheit	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Neuropathie	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Fuß	<input checked="" type="checkbox"/> Amputation	<input checked="" type="checkbox"/> sonstige

Raucher ja nein

aktuelle Befunde

Körpergewicht kg

Peripherer Pulsstatus

nicht erhoben unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)

nicht durchgeführt unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Blutdruck / mmHg

HbA_{1c} , % **und** oberer Normwert des Labors , %

Serum-Kreatinin µmol/l **oder** , mg/dl nicht untersucht

Fußstatus

nicht erhoben unauffällig auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

re. **oder** li.

Grad nach Wagner/Armstrong

0 I II III IV V

und

A B C D

Osteoarthropathie

re. **oder** li.

Überweisung ausgestellt

Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ja nein

Schwere Hypoglykämien Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen Anzahl

aktuelle Medikation Diagnosespezifische Medikation ja nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert
Metformin	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin-Analoga	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert
Glucosidase-Inhibitoren	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	<i>ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:</i>	
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Glitazone	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Antihypertensive medikamentöse Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> ja
		Thrombozytenaggregationshemmer	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Schulungen Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

Diabetes-Schulung: ja nein war aktuell nicht möglich

Hypertonie-Schulung: ja nein war aktuell nicht möglich

Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ja nein

Ernährungsberatung empfohlen ja nein

Zielvereinbarung HbA_{1c} aktuellen Wert: halten senken anheben

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert: halten senken

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung durchgeführt nicht durchgeführt veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

nein diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung

diab. Fußambulanz/Einrichtung akut-stationär Reha sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

.

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise jedes zweite Quartal

Datum

.

Unterschrift des Arztes

Folge-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 2

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

012A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input checked="" type="checkbox"/> Hypertonus	<input checked="" type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input checked="" type="checkbox"/> KHK	<input checked="" type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input checked="" type="checkbox"/> Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/> pAVK	<input checked="" type="checkbox"/> Nephropathie	<input checked="" type="checkbox"/> Nierenersatztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Retinopathie
<input checked="" type="checkbox"/> Blindheit	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Neuropathie	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Fuß	<input checked="" type="checkbox"/> Amputation	<input checked="" type="checkbox"/> sonstige

Raucher ja nein

aktuelle Befunde

Körpergewicht kg

Peripherer Pulsstatus
 nicht erhoben unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)
 nicht durchgeführt unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Blutdruck / mmHg

HbA_{1c} , % **und** oberer Normwert des Labors , %

Serum-Kreatinin µmol/l **oder** , mg/dl nicht untersucht

Fußstatus
 nicht erhoben
 unauffällig
 auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:
 re. **oder** li.
Grad nach Wagner/Armstrong
 0 I II III IV V
und
 A B C D

Osteoarthropathie
 re. **oder** li.
 Überweisung ausgestellt
 Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ja nein

Schwere Hypoglykämien Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen Anzahl

aktuelle Medikation Diagnosespezifische Medikation ja nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert
Metformin <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin-Analoga <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert
Glucosidase-Inhibitoren <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	<i>ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:</i>
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide) <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) <input checked="" type="checkbox"/> ja
Glitazone <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Antihypertensive medikamentöse Therapie <input checked="" type="checkbox"/> ja
	Thrombozytenaggregationshemmer <input checked="" type="checkbox"/> ja

Schulungen Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

Diabetes-Schulung: ja nein war aktuell nicht möglich

Hypertonie-Schulung: ja nein war aktuell nicht möglich

Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ja nein

Ernährungsberatung empfohlen ja nein

Zielvereinbarung HbA_{1c} aktuellen Wert: halten senken anheben

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert: halten senken

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung durchgeführt nicht durchgeführt veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

nein diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung

diab. Fußambulanz/Einrichtung akut-stationär Reha sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung
T T . M M . J J J J
(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise jedes zweite Quartal

Datum
T T . M M . J J J J

Unterschrift des Arztes

Folge-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 2

Blatt 3
Durchschrift für den
Versicherten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

012A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen

<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input checked="" type="checkbox"/> Hypertonus	<input checked="" type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input checked="" type="checkbox"/> KHK	<input checked="" type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input checked="" type="checkbox"/> Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/> pAVK	<input checked="" type="checkbox"/> Nephropathie	<input checked="" type="checkbox"/> Nierenersatztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Retinopathie
<input checked="" type="checkbox"/> Blindheit	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Neuropathie	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Fuß	<input checked="" type="checkbox"/> Amputation	<input checked="" type="checkbox"/> sonstige

Raucher ja nein

aktuelle Befunde

Körpergewicht kg

Peripherer Pulsstatus
 nicht erhoben unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test)
 nicht durchgeführt unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Blutdruck / mmHg

HbA_{1c} % **und** oberer Normwert des Labors %

Serum-Kreatinin µmol/l **oder** mg/dl nicht untersucht

Fußstatus
 nicht erhoben
 unauffällig
 auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:
 re. **oder** li.
Grad nach Wagner/Armstrong
 0 I II III IV V
und
 A B C D

Osteoarthropathie
 re. **oder** li.

Überweisung ausgestellt
 Einweisung veranlasst

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ja nein

Schwere Hypoglykämien Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen Anzahl

aktuelle Medikation Diagnosespezifische Medikation ja nein

nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:

Glibenclamid	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert
Metformin	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Insulin-Analoga	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert
Glucosidase-Inhibitoren	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	<i>ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:</i>	
Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Glitazone	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	Antihypertensive medikamentöse Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> ja
		Thrombozytenaggregationshemmer	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Schulungen Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)

Diabetes-Schulung: ja nein war aktuell nicht möglich

Hypertonie-Schulung: ja nein war aktuell nicht möglich

Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ja nein

Ernährungsberatung empfohlen ja nein

Zielvereinbarung HbA_{1c} aktuellen Wert: halten senken anheben

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert: halten senken

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung durchgeführt nicht durchgeführt veranlasst

Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich

nein diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung

diab. Fußambulanz/Einrichtung akut-stationär Reha sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung
T T . M M . J J J J
(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise jedes zweite Quartal

Datum
T T . M M . J J J J

Unterschrift des Arztes