

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

Erst-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 2

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

011A1

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung Diagnose bekannt seit

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Diagnosespezifische Medikation ja nein

nur auszufüllen, wenn keine Therapie mit diabetesspezifischen Medikamenten vorliegt:

BZ-Messungen einmalige Messung (bei symptomatischen Patienten ausreichend)

zwei- oder mehrfach Messung (bei asymptomatischen Patienten)

oGTT

BZ-Wert (Eine Angabe ist ausreichend.)

nüchtern (Plasma venös oder kapillär ≥ 126 mg/dl oder $\geq 7,0$ mmol/l)

nüchtern (Vollblut venös oder kapillär ≥ 110 mg/dl oder $\geq 6,1$ mmol/l)

postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär ≥ 200 mg/dl oder $\geq 11,1$ mmol/l)

postprandial/oGTT (Plasma kapillär ≥ 220 mg/dl oder $\geq 12,2$ mmol/l)

postprandial/oGTT (Vollblut venös ≥ 180 mg/dl oder $\geq 10,0$ mmol/l)

Anamnese Bekannte 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	Raucher <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
<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	

aktuelle Befunde

Körpergröße m 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 Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ja nein

Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen in den letzten 12 Monaten Anzahl

aktuelle Medikation *nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:*

Glibenclamid ja nein Kontraindikation

Metformin ja nein Kontraindikation

Glucosidase-Inhibitoren ja nein Kontraindikation

Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide) ja nein Kontraindikation

Glitazone ja nein Kontraindikation

Insulin nein intensiviert nicht intensiviert

Insulin-Analoga nein intensiviert nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) ja

Antihypertensive medikamentöse Therapie ja

Thrombozytenaggregationshemmer ja

Schulungen Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen

Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung keine

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

diab. Fußambulanz/Einrichtung

diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung

akut-stationär Reha sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Paul Albrecht's Verlag, 22952 Lütjensee FSAV 01_03_04

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

Erst-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 2

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

011A1

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung Diagnose bekannt seit <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J Diabetestypische Symptome vorhanden <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Diagnosespezifische Medikation <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <i>nur auszufüllen, wenn keine Therapie mit diabetesspezifischen Medikamenten vorliegt:</i> BZ-Messungen <input checked="" type="checkbox"/> einmalige Messung (bei symptomatischen Patienten ausreichend) <input checked="" type="checkbox"/> zwei- oder mehrfach Messung (bei asymptomatischen Patienten) <input checked="" type="checkbox"/> oGTT	BZ-Wert (Eine Angabe ist ausreichend.) <input checked="" type="checkbox"/> nüchtern (Plasma venös oder kapillär ≥ 126 mg/dl oder $\geq 7,0$ mmol/l) <input checked="" type="checkbox"/> nüchtern (Vollblut venös oder kapillär ≥ 110 mg/dl oder $\geq 6,1$ mmol/l) <input checked="" type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär ≥ 200 mg/dl oder $\geq 11,1$ mmol/l) <input checked="" type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Plasma kapillär ≥ 220 mg/dl oder $\geq 12,2$ mmol/l) <input checked="" type="checkbox"/> postprandial/oGTT (Vollblut venös ≥ 180 mg/dl oder $\geq 10,0$ mmol/l)
---	--

Anamnese Bekannte 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 <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
---	--

aktuelle Befunde Körpergröße <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m Körpergewicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg Peripherer Pulsstatus <input checked="" type="checkbox"/> nicht erhoben <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input checked="" type="checkbox"/> auffällig <input checked="" type="checkbox"/> Überweisung ausgestellt Sensibilitätsprüfung (z.B. 10g-Mono-Filament-Test) <input checked="" type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input checked="" type="checkbox"/> auffällig <input checked="" type="checkbox"/> Überweisung ausgestellt Blutdruck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mmHg HbA_{1c} <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % und oberer Normwert des Labors <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % Serum-Kreatinin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> µmol/l oder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg/dl <input checked="" type="checkbox"/> nicht untersucht	Fußstatus <input checked="" type="checkbox"/> nicht erhoben <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input checked="" type="checkbox"/> auffällig	Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus: <input checked="" type="checkbox"/> re. oder <input checked="" type="checkbox"/> li. Grad nach Wagner/Armstrong <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> V und <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D Osteoarthropathie <input checked="" type="checkbox"/> re. oder <input checked="" type="checkbox"/> li. <input checked="" type="checkbox"/> Überweisung ausgestellt <input checked="" type="checkbox"/> Einweisung veranlasst
---	---	---

relevante Ereignisse Diabetesbedingte retinale Lasertherapie <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anzahl	Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anzahl
---	--

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

Schulungen Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes-Schulung <input checked="" type="checkbox"/> Hypertonie-Schulung <input checked="" type="checkbox"/> keine	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes-Schulung <input checked="" type="checkbox"/> Hypertonie-Schulung <input checked="" type="checkbox"/> keine
---	--

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Ernährungsberatung empfohlen <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Zielvereinbarung HbA_{1c} aktuellen Wert: <input checked="" type="checkbox"/> halten <input checked="" type="checkbox"/> senken <input checked="" type="checkbox"/> anheben Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert: <input checked="" type="checkbox"/> halten <input checked="" type="checkbox"/> senken Ophthalmologische Netzhautuntersuchung <input checked="" type="checkbox"/> durchgeführt <input checked="" type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input checked="" type="checkbox"/> veranlasst Indikationsbezogene Über- bzw. Einweisung erforderlich <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Einrichtung <input checked="" type="checkbox"/> diab. Fußambulanz/Einrichtung <input checked="" type="checkbox"/> akut-stationär <input checked="" type="checkbox"/> Reha <input checked="" type="checkbox"/> sonstige	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J (optionales Feld) Dokumentationsintervall <input checked="" type="checkbox"/> quartalsweise <input checked="" type="checkbox"/> jedes zweite Quartal Datum <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J Unterschrift des Arztes
---	--

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

Erst-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 2

 Arztwechsel DMP-Fallnummer
 Krankenhaus-IK
 Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

011A1

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung Diagnose bekannt seit

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Diagnosespezifische Medikation ja nein

nur auszufüllen, wenn keine Therapie mit diabetesspezifischen Medikamenten vorliegt:

BZ-Messungen einmalige Messung (bei symptomatischen Patienten ausreichend)

zwei- oder mehrfach Messung (bei asymptomatischen Patienten)

oGTT

BZ-Wert (Eine Angabe ist ausreichend.)

nüchtern (Plasma venös oder kapillär ≥ 126 mg/dl oder $\geq 7,0$ mmol/l)

nüchtern (Vollblut venös oder kapillär ≥ 110 mg/dl oder $\geq 6,1$ mmol/l)

postprandial/oGTT (Plasma venös oder Vollblut kapillär ≥ 200 mg/dl oder $\geq 11,1$ mmol/l)

postprandial/oGTT (Plasma kapillär ≥ 220 mg/dl oder $\geq 12,2$ mmol/l)

postprandial/oGTT (Vollblut venös ≥ 180 mg/dl oder $\geq 10,0$ mmol/l)

Anamnese **Bekannte 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	Raucher <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
<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	

aktuelle Befunde

Körpergröße m **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 **Diabetesbedingte retinale Lasertherapie** ja nein

Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen in den letzten 12 Monaten Anzahl

aktuelle Medikation *nur bei blutzuckersenkender Medikation auszufüllen:*

Glibenclamid ja nein Kontraindikation

Metformin ja nein Kontraindikation

Glucosidase-Inhibitoren ja nein Kontraindikation

Andere Sulfonylharnstoffe und -analoga (einschl. Glinide) ja nein Kontraindikation

Glitazone ja nein Kontraindikation

Insulin nein intensiviert nicht intensiviert

Insulin-Analoga nein intensiviert nicht intensiviert

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) ja

Antihypertensive medikamentöse Therapie ja

Thrombozytenaggregationshemmer ja

Schulungen **Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen**

Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung keine

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