

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 1

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

0411

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Diagnose bekannt seit

Insulin-/Insulin-Analoga-Therapie ja nein

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Geplante oder bestehende Schwangerschaft ja

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"/> Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/> pAVK	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Nephropathie	<input checked="" type="checkbox"/> Nierenersatztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> proliferative 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	

ja nein

aktuelle Befunde

Körpergröße m Körpergewicht kg

Altersgerechte körperliche Entwicklung unauffällig auffällig

nur bei Erwachsenen auszufüllen:

Peripherer Pulsstatus

nicht erhoben unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

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

nicht durchgeführt unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Fußstatus

nicht erhoben unauffällig auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

re. oder li. Osteoarthropathie

Grad nach Wagner/Armstrong re. oder li.

0 I II III IV V

und

A B C D Überweisung ausgestellt

Einweisung veranlasst

Blutdruck / mmHg

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

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

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

nicht untersucht ja nein

Überweisung ausgestellt

relevante Ereignisse

Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbA_{1c}-Wertes in den letzten 12 Monaten Anzahl

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ja nein

aktuelle Medikation

Insulin nein intensiviert nicht intensiviert Pumpe

Insulin-Analoga nein intensiviert nicht intensiviert Pumpe

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

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. qual. Arzt/Einrichtung

diab. Fußambulanz/Einrichtung diab. qual. pädiatrische/r Arzt/Einrichtung

akut-stationär Rehabilitation

diab. qual. Einrichtung zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen

sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

Unterschrift des Arztes

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee 01.06.2004

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 1

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

0411

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Diagnose bekannt seit

Insulin-/Insulin-Analoga-Therapie ja nein

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Geplante oder bestehende Schwangerschaft ja

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"/> Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/> pAVK	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Nephropathie	<input checked="" type="checkbox"/> Nierenersatztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> proliferative 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	

ja nein

aktuelle Befunde

Körpergröße m Körpergewicht kg

Altersgerechte körperliche Entwicklung unauffällig auffällig

nur bei Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre) auszufüllen:

Peripherer Pulsstatus

nicht erhoben unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

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

nicht durchgeführt unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

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

Überweisung ausgestellt

Einweisung veranlasst

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

nicht untersucht ja nein

Überweisung ausgestellt

Blutdruck / mmHg

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

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

relevante Ereignisse

Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbA_{1c}-Wertes in den letzten 12 Monaten Anzahl

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ja nein

aktuelle Medikation

Insulin nein intensiviert nicht intensiviert Pumpe

Insulin-Analoga nein intensiviert nicht intensiviert Pumpe

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

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. qual. Arzt/Einrichtung

diab. Fußambulanz/Einrichtung diab. qual. pädiatrische/r Arzt/Einrichtung

akut-stationär Rehabilitation

diab. qual. Einrichtung zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen

sonstige

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Dokumentationsintervall quartalsweise

jedes zweite Quartal

Datum

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 1

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

0411

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung

Diagnose bekannt seit

Insulin-/Insulin-Analoga-Therapie ja nein

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Geplante oder bestehende Schwangerschaft ja

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"/> Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/> pAVK	<input checked="" type="checkbox"/> diab. Nephropathie	<input checked="" type="checkbox"/> Nierenersatztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> proliferative 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	

ja nein

aktuelle Befunde

Körpergröße m Körpergewicht kg

Altersgerechte körperliche Entwicklung unauffällig auffällig

nur bei Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre) auszufüllen:

Peripherer Pulsstatus

nicht erhoben unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

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

nicht durchgeführt unauffällig auffällig Überweisung ausgestellt

Fußstatus

nicht erhoben unauffällig auffällig

Angabe des schwerer betroffenen Fußes bei auffälligem Fußstatus:

re. oder li. Osteoarthropathie

Grad nach Wagner/Armstrong re. oder li.

0 I II III IV V

und

A B C D Überweisung ausgestellt

Einweisung veranlasst

Blutdruck / mmHg

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

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

Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung

nicht untersucht ja nein

Überweisung ausgestellt

relevante Ereignisse

Schwere Hypoglykämien in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose in den letzten 12 Monaten Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbA_{1c}-Wertes in den letzten 12 Monaten Anzahl

Diabetesbedingte retinale Lasertherapie ja nein

aktuelle Medikation

Insulin nein intensiviert nicht intensiviert Pumpe

Insulin-Analoga nein intensiviert nicht intensiviert Pumpe

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

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

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert: halten senken

Ophthalmologische Netzhautuntersuchung durchgeführt nicht durchgeführt veranlasst

Dokumentationsintervall quartalsweise jedes zweite Quartal

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes