

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 1

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

 Arztwechsel DMP-Fallnummer
 Krankenhaus-**IK**
 Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

042H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Geplante oder bestehende Schwangerschaft ja

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	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"/> 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	

aktuelle Befunde

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

Altersgerechte körperliche Entwicklung unauffällig auffällig

nur bei Erwachsenen auszufüllen:

Körpergewicht kg

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 seit der letzten Dokumentation

Schwere Hypoglykämien Anzahl

Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbA_{1c}-Wertes 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 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

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

Folge-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 1

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

 Arztwechsel DMP-Fallnummer
 Krankenhaus-**IK**
 Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

042H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein

Geplante oder bestehende Schwangerschaft ja

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	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"/> 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	

aktuelle Befunde

nur bei Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre) auszufüllen: **Altersgerechte körperliche Entwicklung** unauffällig auffällig

nur bei Erwachsenen auszufüllen:

Körpergewicht kg

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 seit der letzten Dokumentation

Schwere Hypoglykämien Anzahl

Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose Anzahl

Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbA_{1c}-Wertes 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 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

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

Folge-Dokumentation Diabetes mellitus Typ 1

Blatt 3
Durchschrift für den
Versicherten

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

042H

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Anamnese

Diabetestypische Symptome vorhanden ja nein Geplante oder bestehende Schwangerschaft ja

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	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"/> 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	

aktuelle Befunde

nur bei Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre) auszufüllen: **Altersgerechte körperliche Entwicklung** unauffällig auffällig

nur bei Erwachsenen auszufüllen:

Körpergewicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg	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
Peripherer Pulsstatus <input checked="" type="checkbox"/> nicht erhoben <input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input checked="" type="checkbox"/> auffällig <input checked="" type="checkbox"/> Überweisung ausgestellt	<input checked="" type="checkbox"/> auffällig		
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 / 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 seit der letzten Dokumentation

Schwere Hypoglykämien <input type="checkbox"/> Anzahl	Stationäre Aufenthalte wegen Nichterreichens des angestrebten HbA_{1c}-Wertes <input type="checkbox"/> Anzahl
Stationäre notfallmäßige Aufenthalte wegen schwerer Ketoazidose <input type="checkbox"/> Anzahl	Diabetesbedingte retinale Lasertherapie <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

aktuelle Medikation

Insulin <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> Pumpe	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) <input checked="" type="checkbox"/> ja
Insulin-Analoga <input checked="" type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> nicht intensiviert <input checked="" type="checkbox"/> Pumpe	Antihypertensive medikamentöse Therapie <input checked="" type="checkbox"/> ja
	Thrombozytenaggregationshemmer <input checked="" type="checkbox"/> ja

ggf. bei entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen auszufüllen:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> diab. qual. Arzt/Einrichtung
<input checked="" type="checkbox"/> diab. Fußambulanz/Einrichtung	<input checked="" type="checkbox"/> diab. qual. pädiatrische/r Arzt/Einrichtung
<input checked="" type="checkbox"/> akut-stationär	<input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitation
<input checked="" type="checkbox"/> diab. qual. Einrichtung zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen	
<input checked="" type="checkbox"/> 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