

Diabetes Kontrollblatt

Name/Vorname (Initialen)		Geb. Datum	Pat. Nr.	Diabetes seit	Diabetes Typ: 1 2	Insulinpflichtig: Ja nein
Blutzuckermessgerät		Typ	Teststreifen			
Datum	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal		
BZIEL	1. Sehr gute Einstellung (HbA1c: 6,5%)					
	2. Gute Einstellung (HbA1c:7%)					
	3. Symptomatische Therapie (HbA1c: bis 9%)					
Komplikationen (mit x kennzeichnen)						
	Hypoglykämien					
	Nikotin (PYs?)					
	Rauchstopp gewünscht?					
	Makrovaskuläre Komplikationen					
	Retinopathie					
	Polyneuropathie					
	Nephropathie					
	Erektile Dysfunktion					
Diabetesmedikamente (mit x kennzeichnen):						
	Metformin					
	Sulfonylharnstoff					
	Gliptin (DPP-IV-Hemmer)					
	GLP1-Rezeptoragonist					
	SGLT2-Hemmer					
	Insulin					
	Andere					
Andere Medikamente (mit x kennzeichnen)						
	ACE-Hemmer/AT-II Antagonist					
	Statin/PSK9 Inhibitor					
BEFUND	Blutdruck					
	Gewicht					
	Fusspulse re/li (+/-)					
	ASR re/li (+/-)					
	Vibration (normal > 4/8)					
	Monofilament (+/-)					
	Druckstellen/Hyperkeratosen/Pilz (ja/nein), falls vorhanden separat dokumentieren					
	HbA1c					
	LDL-Cholesterin					
	Kreatinin					
BERATUNG						
	Beratung zu Risikofaktoren: Rauchen, Gewicht, Ernährung, Bewegung					
	Ernährungsberatung					
	Diabetesberatung					
	Selbstkontrolle pro Woche/pro Tag (nicht Zutreffendes streichen)					
	Augenarzt					
	Aktueller Medikationsplan abgegeben ja/nein					
	Vereinbarte Ziele allgemein					