Name: Vorname:	Geburtsdatum:	Falkensee, den

Vorbereitung eines Routinetermins bei Typ1-Diabetes mit ICT

Stammdaten:	
Bitte prüfen Sie zuerst, ob die uns vorliegenden Kontaktdaten weiterhin aktuell sind.	
Telefon:	
Mobil:	
Email:	
Hausarzt:	

Untersuchungsbefunde und Krankenhausberichte:	
Gibt es neue Untersuchungsbefunde ?	
Facharzt	◯ Nein ◯ Ja
Labor	◯ Nein ◯ Ja
Krankenhaus	◯ Nein ◯ Ja
Wenn ja, haben Sie uns die Befunde mitgebracht/-gesandt?	◯ Nein ◯ Ja
Anderenfalls, bei wem sind die Befunde anzufordern?	
Wann war Ihre letzte Augenarzt-Untersuchung?	Monat ☐ Jahr ☐
Bei wem?	
Haben Sie Ihren aktuellen Medikationsplan mitgebracht/-gesandt?	◯ Nein ◯ Ja

Magen-Darm:		
Wie oft haben Sie Stuhlgang pro Woche?		x/Woche
Haben Sie Verstopfung?	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Durchfall?	◯ Nein ◯ Ja	x/Tag
Haben Sie Übelkeit oder Ebrechen?	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Appetitlosigkeit?	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Heißhunger?	◯ Nein ◯ Ja	

Herz-Kreislauf:		
Haben Sie ein Blutdruckprofil mitgebracht?	◯ Nein ◯ Ja	
Wie war Ihr Blutdruck/Puls zu Hause?	Blutdruck ☐ / ☐	Puls ☐
Haben Sie Luftnot? (Wenn ja, in welcher Situation?)	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Brustschmerzen? (Wenn ja, in welcher Situation?)	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Herzrasen? (Wenn ja, in welcher Situation?)	◯ Nein ◯ Ja	
Haben Sie Wasser in den Beinen?	◯ Nein ◯ Ja	
Müssen Sie nachts Wasserlassen? (Wenn ja, wie oft?)	◯ Nein ◯ Ja	x/Nacht

Gewicht:	
Wie ist ihr aktuelles Gewicht in kg?	☐ kg

Spritzstellen	
Wohin spritzen Sie das Insulin?	○ Bauch ○ Oberschenkel ○ andere
Wie oft wechseln Sie die ... (jedes x. Mal)	Spritzstellen ☐ Nadeln ☐

Insulin:	
Welches **Bolusinsulin** spritzen Sie?	
Wie viele BE/KE essen Sie?	morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät ☐
Wie ist BE-Faktor?	morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät ☐
Wie ist Ihr Spritz-Ess-Abstand?	
Wie ist Ihr Korrekturfaktor?	morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät ☐
Welchen Zielwert streben Sie an	
Der BZ ist nach der Korrektur ...	○ unterm Ziel ○ im Ziel ○ überm Ziel
Wann korrigieren Sie oft?	☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät
Wie ist Ihre durchschn. Bolusmenge?	morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät ☐
Welches **Langzeitinsulin** spritzen Sie?	
Wann und wieviel ?	morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät ☐

Blutzuckerkontrolle:	
Wie oft kontrollieren Sie Ihren BZ?	○ automatisch ○ 4 x tgl ○
Haben Sie BZ-Werte mitgebracht?	○ Nein ○ Ja
Wie ist Ihr durchschn. Nüchtern-BZ?	morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät ☐
Wie ist Ihre Alarmgrenze für Unterzuckerungen? für Überzuckerungen?	 ○ nicht eingestellt ○ eingestellt auf ... ○ nicht eingestellt ○ eingestellt auf ...

Unterzuckerung:	
Merken Sie Unterzuckerungen?	○ nein ○ ja, immer ○ ja, bis Wert vor
Wie merken Sie diese?	
Wie oft hatten Sie Unterzuckerungen?	☐ nie ☐ x/Tag ☐ x/Woche ☐ x/Monat
Wann hatten Sie Unterzuckerungen?	☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ spät ☐ nachts
Was war die Ursache ?	

Wie passen Sie Ihr Insulin an?	
Bei warmem Essen ?	○ nicht ○
Bei Bewegung? Wieviel genau?	○ nicht ○ mehr Kohlenhydrate ○ weniger Insulin + ☐ BE/KE ./. ☐ Einheiten

Wir danken herzlich für Ihre Mithilfe !