

Name: Vorname:	Geburtsdatum:	Falkensee, den
-------------------	---------------	----------------

Vorbereitung eines Routinetermins bei Typ1-Diabetes mit Pumpe

Stammdaten:	
Bitte prüfen Sie zuerst, ob die uns vorliegenden Kontaktdaten weiterhin aktuell sind.	
Telefon:	<input type="text"/>
Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>
Hausarzt:	<input type="text"/>

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

Magen-Darm:	
Wie oft haben Sie Stuhlgang pro Woche?	<input type="text"/> x/Woche
Haben Sie Verstopfung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Haben Sie Durchfall?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="text"/> x/Tag
Haben Sie Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Haben Sie Appetitlosigkeit?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Haben Sie Heißhunger?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

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

Gewicht:	
Wie ist ihr aktuelles Gewicht in kg?	<input type="text"/> kg

Welche Insulinpumpe nutzen Sie?	<input type="text"/>
Wie oft wechseln Sie Ihre Pumpenkatheter?	<input type="checkbox"/> jeden Tag <input type="checkbox"/> jeden 2. Tag <input type="checkbox"/> jeden 3. Tag <input type="text"/>
Wie oft stoppen Sie Ihre Pumpe?	<input type="radio"/> nur bei Katheterwechsel <input type="radio"/> <input type="text"/>
In welchen Situationen?	<input type="text"/>

Welches Insulin spritzen Sie?	<input type="text"/>
Wie viele BE/KE essen Sie?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Wie ist BE-Faktor?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Wie ist Ihr Spritz-Ess-Abstand?	<input type="text"/>
Wie ist Ihr Korrekturfaktor?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Welchen Zielwert streben Sie an	<input type="text"/>
Der BZ ist nach der Korrektur ...	<input type="radio"/> unterm Ziel <input type="radio"/> im Ziel <input type="radio"/> überm Ziel
Wann korrigieren Sie oft?	<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät
Wie ist Ihre durchschn. Bolusmenge?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Wie ist Ihre tägliche Basalratenmenge?	<input type="text"/>
Nutzen Sie eine temporäre Basalrate?	<input type="radio"/> oft <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nein
Um wieviel % verändern Sie diese?	Erhöhung um <input type="text"/> Absenkung um <input type="text"/>
In welcher Situation?	<input type="text"/>

Blutzuckerkontrolle:	
Wie oft kontrollieren Sie Ihren BZ?	<input type="radio"/> automatisch <input type="radio"/> 4 x tgl <input type="radio"/> <input type="text"/>
Haben Sie BZ-Werte mitgebracht?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Wie ist Ihr durchschn. Nüchtern-BZ?	morgens <input type="text"/> mittags <input type="text"/> abends <input type="text"/> spät <input type="text"/>
Wie ist Ihre Alarmgrenze für Unterzuckerungen?	<input type="radio"/> nicht eingestellt <input type="radio"/> eingestellt auf ... <input type="text"/>
Wie ist Ihre Alarmgrenze für Überzuckerungen?	<input type="radio"/> nicht eingestellt <input type="radio"/> eingestellt auf ... <input type="text"/>

Unterzuckerung:	
Merken Sie Unterzuckerungen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, immer <input type="radio"/> ja, bis Wert vor <input type="text"/>
Wie merken Sie diese?	<input type="text"/>
Wie oft hatten Sie Unterzuckerungen?	<input type="checkbox"/> nie <input type="text"/> x/Tag <input type="text"/> x/Woche <input type="text"/> x/Monat
Wann hatten Sie Unterzuckerungen?	<input type="checkbox"/> morgen: <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> spät <input type="checkbox"/> nacht:
Was war die Ursache ?	<input type="text"/>

Wie passen Sie Ihr Insulin an?	
Bei warmem Essen ?	<input type="radio"/> nicht <input type="radio"/> <input type="text"/>
Bei Bewegung?	<input type="radio"/> nicht <input type="radio"/> mehr Kohlenhydrate <input type="radio"/> weniger Insulin
Wieviel genau?	+ <input type="text"/> BE/KE <input type="radio"/> ./ <input type="text"/> Einheiten

Bitte teilen Sie uns zum Abschluss noch mit, welche Rezepte wir für Sie vorbereiten können:

Wir danken herzlich für Ihre Mithilfe!