

Checkliste – Pumpenkorrekturereinstellung

KORREKTUR DER BESTEHENDEN INSULINPUMPENTHERAPIE

Versichert bei	
Adressfeld	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr geb. am _____ Alter _____
Datum: _____	
Pflegestufe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche? _____)	
<input type="checkbox"/> Typ 1-Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Typ 2-Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Pankreopriver Diabetes	<input type="checkbox"/> sonstige Formen
Aufnahme-Indikation(en) _____ _____ _____	

Wahlleistungen

(siehe DRG-Entgelttarif)

- ja nein
- W-CA W-EZ W-DZ
- W-EZk W-AP

Termin am _____

Telefon-Nr. des Patienten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<p>Erstdiagnose Typ 1: _____</p> <p>Gewichtsprobleme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche Pumpe? _____</p> <p>Pumpenwechsel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Pumpe? _____</p> <p>Insulinsorte: <input type="checkbox"/> Insuman Infusat <input type="checkbox"/> Actrapid PP <input type="checkbox"/> Humalog <input type="checkbox"/> Novo Rapid <input type="checkbox"/> Apidra</p> <p>HbA_{1c}-Wert: _____</p> <p>Probleme:</p> <p><input type="checkbox"/> Hypoglykämieprobleme</p> <p><input type="checkbox"/> Hypo-Wahrnehmungsstörung</p> <p><input type="checkbox"/> wechselnde Belastungen / Arbeitszeiten</p> <p><input type="checkbox"/> anhaltende Entgleisungen</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Insulinbedarf <input type="checkbox"/> niedriger Insulinbedarf</p> <p><input type="checkbox"/> Nachschulung zur Pumpentechnik</p> <p><input type="checkbox"/> Folgeerkrankungen, wenn ja welche?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>diabetische Nephropathie</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>diabetische Retinopathie</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>blind</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>diabetische Cataract</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>diabetische Neuropathie</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>diabetische Sexualstörung</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>diabetische Arthropathie</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Fußulcus akut</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Infektion mit MRSA</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>neuropathische Schmerzen</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Charcot-Fuß</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </table> <p>sonstige: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schwangerschaft: jetzt _____ SSW</p> <p><input type="checkbox"/> Verständigungsprobleme (schwerhörig / gehörlos / blind / kognitive Beeinträchtigung / nicht deutschsprachig?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Welche Sprache? _____ (wenn nicht deutschsprachig)</p> <p><input type="checkbox"/> besondere (z. B. vegan), traditionelle / kulturelle Ernährung bzw. Lebensstil wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Patient/-in ist eingeschrieben in DMP Diabetes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Anbindung an Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante Behandlung in DSP ohne Erfolg</p> <p>Patient/-in war schon stationär bei uns? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann? _____)</p>	diabetische Nephropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	blind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	diabetische Cataract	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	diabetische Neuropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	diabetische Sexualstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	diabetische Arthropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Fußulcus akut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Infektion mit MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	neuropathische Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Charcot-Fuß	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<p>Pumpentherapie seit: _____</p> <p>Größe _____ cm Gewicht _____ kg</p> <p>Wechsel der Insulinsorte? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Blutzucker: von _____ bis _____ mg/dl</p> <p>Anzahl hilfebedürftige Hypos/Jahr _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hypo-Angststörung</p> <p><input type="checkbox"/> Hohe Morgenwerte (Dawn-Phänomen)</p> <p><input type="checkbox"/> dysregulativer Diabetes mellitus</p> <p>Gesamteinheiten: _____ E/24h</p> <p>Dialyse <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Z. n. Amputation (untere Extremität) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
diabetische Nephropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
blind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
diabetische Cataract	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
diabetische Neuropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
diabetische Sexualstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
diabetische Arthropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
Fußulcus akut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
Infektion mit MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
neuropathische Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
Charcot-Fuß	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																

