

## PatientIn (Etikett)

**EINMALIG ZU ERHEBEN**

SV-Nummer

Geschlecht  Frau  Mann

Nummer KH/ÄrztIn     PLZ

Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr

## Migrationshintergrund

**fakultativ! wenn ja, für ALLE PatientInnen erheben**

	Öster reich	Deutsch land	Ex-Jugo slawien	Türkei	Ost europa	übriges Europa	Asien	Afrika	Amerika	andere
In welchem Land wurde die Mutter der PatientIn geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Land wurde der Vater der PatientIn geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebt die PatientIn seit ihrer/seiner Geburt hauptsächlich in Österreich?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		wenn nein, seit wann <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Ist Deutsch eine der Muttersprachen/ Erstsprachen der PatientIn?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein							
Wenn nein: Einschätzung der Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel-mäßig	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gar nicht					

## Diagnose

Diagnose  Typ 1  Typ 2  andere neudiagnost. Fall  ja  nein

Gestationsdiabetes  vor 2009  ab 2009 (HAPO-Kriterien)

Ort der Erstdiagnosestellung  KH  niedergel. ÄrztIn Diagnosejahr

## Risikofaktoren

**zum Zeitpunkt der Diabetes-Erstdiagnose**

Größe\* (cm)    Diabetes in Familie\*  ja  nein

RaucherIn\*  Nie-  Ex-  RaucherIn KHK in Familie\*  ja  nein

## Spätkomplikationen (Jahr des ersten Auftretens)

**bei jedem Kontakt aktualisieren**

Nephropathie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Diabet. Fuss <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Apoplexie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Retinopathie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Amputation <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PAVK <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Neuropathie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Myokardinfarkt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bypass/PTCA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Schulung  ja  nein

## PatientInnen-Kontakt

**1 pro Quartal**

**Datum**

Tag   Monat   Jahr

Aufenthalt <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	<b>Therapie</b>
Gewicht (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> keine Medikation <input type="checkbox"/> Metformin
körperl. Aktivität** (2.5 h pro Woche) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> orale Medikation <input type="checkbox"/> Gliptin
Blutdruck syst <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> diast <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> GLP-1-Analoga <input type="checkbox"/> Glitazon
HbA1c <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> % oder <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/mol	<input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Glukosidase-Inhibitoren
Fußinspektion** <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Insulin-Analoga <input type="checkbox"/> SGLT 2-Inhibitoren
Augeninspektion** <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> Sulfonylharnst/Analoga
Hypoglykämien** m. Fremdhilfe (Anzahl) <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bariatr. Chirurgie <input type="checkbox"/> andere orale Medikation