

■ Beratung zum Thema Fuß von Menschen mit Diabetes

Polyneuropathie – Checkliste (für Menschen mit Diabetes oder Verdacht)

Liebe Patientin, lieber Patient,



bei Ihnen, Frau / Herr wurde nachfolgender Check durchgeführt.

Seit wann sind Sie an Diabetes erkrankt?	Seit _____
Sind Sie Typ 1 oder Typ 2 Diabetiker?	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Sonstiges
Wie alt sind Sie?	_____ Jahre
Geschlecht?	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Kennen Sie Ihren Blutzuckerwert? (vor dem Essen)	Wert: _____ mmol/l bzw. _____ mg/dl
Kennen Sie Ihren HbA _{1c} -Wert?	Wert: _____ %
Wie hoch ist Ihr Blutdruck?	Wert: _____ / _____ mmHg
Nehmen Sie blutzuckersenkende Tabletten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein

Bekannte Begleiterkrankungen

<input type="checkbox"/> Retinopathie _____	<input type="checkbox"/> Nerven _____
<input type="checkbox"/> Nephropathie _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Herz _____	<input type="checkbox"/> Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride? _____

Ergebnisse des Fuß-Checks (falls durchgeführt)

	Linker Fuß	Rechter Fuß
Sichtkontrolle		
Verletzung akut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Fußhaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußdeformitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpilz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperaturempfinden (mittels Tip-Therm [®]) + positiv (Empfinden vorhanden) - negativ (kein Empfinden vorhanden)		
Sensibilitätsempfinden (mittels Monofilament) + positiv (gespürt) - negativ (nicht gespürt)		

Ihre persönlichen Angaben werden streng vertraulich behandelt!

Stand: 02.2017 | © GB AM der ABDA