

■ Beratung zum Thema Fuß von Menschen mit Diabetes

Checkliste Polyneuropathie – 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*in? | <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: 06.2021 | © GB AM der ABDA