

Überleitungsdokumentation bei Diabetes mellitus

(ergänzend zu Entlassungs- bzw. Arztbrief)

Name, Vorname des Patienten: _____

Die Überleitung erfolgt:		Ansprechpartner:		
<input type="checkbox"/> aus ambulanter Versorgung in Klinik Datum: _____ Verantwortlicher Arzt: _____		Diabetes-Pflegefachkraft (Langzeit): _____ Tel.: _____ Fax: _____		
<input type="checkbox"/> aus Klinik in ambulante Versorgung Datum: _____ Verantwortlicher Arzt: _____		Diabetes-Pflegefachkraft (Klinik): _____ Tel.: _____ Fax: _____		
Diagnosen	bekannt		neu diagnostiziert	
DIABETES-TYP:				
FOLGEERKRANKUNGEN:				
Retinopathie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nephropathie Proteinurie (U-Status) + eingeschränkte Nierenfunktion (GFR < 90)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angiopathie pAVK + langjähriger Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neuropathie (PNP) periphere motorische N. (z. B. Füße), periphere sensorische N. (z. B. Füße), autonome N. (z.B. Gastroparese)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diab. Fußsyndrom (DFS)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wunde mit akutem Handlungsbedarf Verlaufsbericht Wundmanagement beachten!	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anderes (z. B. OPs):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aktueller Stoffwechsel	bei Aufnahme		bei Entlassung	
HbA1c	%		%	
Blutzucker <input type="checkbox"/> nüchtern <input type="checkbox"/> pp	mg/ dl mmol/l		mg/ dl mmol/l	
Therapie	morgens	mittags	abends	22:00
Blutzucker-Zielbereich (von – bis)				
<input type="checkbox"/> Diät (BE) / Ernährungsvorgaben				
<input type="checkbox"/> OAD				
<input type="checkbox"/> GLP-1				
<i>Bei Typ 1 immer Basisinsulin spritzen!</i>				
<input type="checkbox"/> Insulin 1: <input type="checkbox"/> Basis-Insulin <input type="checkbox"/> Misch-Insulin				
<input type="checkbox"/> Insulin 2: <input type="checkbox"/> Bolus-Insulin <input type="checkbox"/> Misch-Insulin Korrekturregel:				

Diabetes-Selbstmanagement	selbständig & sicher		empfohlene Technik
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PEG	<i>Art des Unterstützungsbedarfs:</i>
Blutzuckermessung (inkl. Lanzettenwechsel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>Gerät:</i>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>Blister? Tablettenteiler?</i>
Injektion (inkl. Kanülen-/ Spritzstellenwechsel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>Pen: Kanülen:</i>
Tagebuchführung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	erfolgt	empfohlen	
Schulung Datum	<input type="checkbox"/> tt.mm.jjjj	<input type="checkbox"/>	<i>Welche Schulung (z. B. SGS)?</i>
Assessment	<input type="checkbox"/> Ergebnisse in Anlage	<input type="checkbox"/>	<i>Welche Assessments sollten durchgeführt werden?</i>
Einbezug Pflegedienst	<input type="checkbox"/> VO nach HKP- Richtlinie liegt bei	<input type="checkbox"/> weitere Prüfung erforderlich	
Diabetes relevante Begleitinformationen (z. B. Cortisontherapie, Depression, kognitive Einschränkungen)			
Empfehlung zur weiteren Versorgung (z. B. Vorstellung bei Podologen)			

Patient ist in diabetologischer Betreuung: regelmäßig konsiliarisch nein

Datum

Unterschrift verantwortliche
Diabetes-Pflegefachkraft

Stempel der Einrichtung