

1. Geschlecht des Patienten w m

2. Geburtsdatum des Patienten Tag Monat Jahr

3. Diagnostischer Schweregrad (klin. Einschätzung)

Bluthochdruck	Diabetes	sonst. Erkrankung
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> überhaupt nicht
<input type="checkbox"/> ein Grenzfall	<input type="checkbox"/> ein Grenzfall	<input type="checkbox"/> ein Grenzfall
<input type="checkbox"/> leicht/mäßig	<input type="checkbox"/> leicht/mäßig	<input type="checkbox"/> leicht/mäßig
<input type="checkbox"/> schwer/extrem	<input type="checkbox"/> schwer/extrem	<input type="checkbox"/> schwer/extrem akut: <input type="checkbox"/> ja chronisch:Jahre

4. Liegt zusätzlich eine der folgenden Erkrankungen vor?

	ja	?		ja	?
AVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßenamputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diab. Fußsyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polyarthrit/Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen/Nierenerkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linksherzhypertrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cerebraler Insult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koronare Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angsterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sexuelle Dysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nephropathie/Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht/Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

5. Sind Sie Primärbehandler des Hypert./Diabet.? ja nein
wenn ja, seit wieviel Jahren etwa?.....Jahre

6. Weshalb ist der Patient heute bei Ihnen?
 Hypertonie Diabetes mellitus Folgeerkrankungen
 anderer Anlaß

9. Hypertonie: Ist der Patient ein Neufall oder Altfall?
 Neufall Altfall seitJahren trifft nicht zu

10. Hypertonie-Therapie: keine
 Diuretika ACE-Hemmer Betablocker
 Kalziumantagonisten AT1-Antagonisten Alpha-Blocker
 sonstige
 wenn Therapie schon läuft, seitJahren

11. Seit wann leidet der Patient an Diabetes?
 Neufall Altfall seitJahren trifft nicht zu

12. Diabetes-Therapie: keine
 Glukosidasehemmer Biguanide
 Sulfonylharnstoffe Glitazone
 Insulin sonstige
 wenn Therapie schon läuft, seitJahren

13. nicht-medikamentöse Maßnahmen: nicht erforderlich

<input type="checkbox"/> 1) Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> 7) Ernährungsschulung
<input type="checkbox"/> 2) Physiotherapie	<input type="checkbox"/> 8) Krisenintervention
<input type="checkbox"/> 3) Psychotherapie	<input type="checkbox"/> 9) Krankenhausaufenthalt
<input type="checkbox"/> 4) Streßbewältigungstraining	<input type="checkbox"/> 10) Medikationstraining
<input type="checkbox"/> 5) Hypoglykämietraining	<input type="checkbox"/> 11) sozialer Dienst
<input type="checkbox"/> 6) Selbsthilfegruppe	

14. zukünftige Dauer der medikamentösen Therapie:

Hypertonie: <input type="checkbox"/> trifft nicht zu	Diabetes: <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> lebenslang	<input type="checkbox"/> lebenslang
<input type="checkbox"/> überJahre	<input type="checkbox"/> überJahre
<input type="checkbox"/> überMonate	<input type="checkbox"/> überMonate
<input type="checkbox"/> periodisch, nach Bedarf	<input type="checkbox"/> periodisch, nach Bedarf

7. Basisdiagnostik:

Blutdruck heute:/..... Pulsfrequenz:/min
 letzter RR-Wert:/..... von wann?.....
 Mikroalbuminurie: ja nein Gluc. im Urin ja nein
wenn vorhanden:

Nüchtern-BZmmol/l odermg/dl von wann?.....
 HDLmmol/l odermg/dl von wann?.....
 Cholmmol/l odermg/dl von wann?.....
 Kreammol/l odermg/dl von wann?.....
 LDLmmol/l odermg/dl von wann?.....
 TGmmol/l odermg/dl von wann?.....
 HbA1c:%, von wann?.....

Wenn weder Hypertonus, noch Diabetes, hier Ende.

15. Ist der Hypertonus derzeit:

<input type="checkbox"/> gut unter Kontrolle	<input type="checkbox"/> gut
<input type="checkbox"/> überwiegend kontrolliert	<input type="checkbox"/> mäßig
<input type="checkbox"/> schlecht unter Kontrolle wenn schlecht, warum?	<input type="checkbox"/> schlecht eingestellt wenn schlecht, warum?
<input type="checkbox"/> Complianceprobleme	<input type="checkbox"/> Complianceprobleme
<input type="checkbox"/> Lebensereignis	<input type="checkbox"/> Lebensereignis
<input type="checkbox"/> Zusatzerkrankung	<input type="checkbox"/> Zusatzerkrankung
<input type="checkbox"/> andere.....	<input type="checkbox"/> andere.....

16. Einstellungsverbesserung medikamentös: nicht erforderlich

Dosisänderung
 Präparatewechsel (innerhalb einer Medikamentengruppe)
 Einnahmefrequenz verändern
 Veränderung der Komedikation
 Umstellung von Medikamentenklassen
 zusätzliche Medikamente
 sonstiges.....

17. nicht-medikamentöse: (die vier Wichtigsten aus Frage 13) nur die Nummer

Hypertonie:	Diabetes:
.....
.....
.....
.....

8. Wenn Hypertonie oder Diabetes, Ihre Therapie.

nichts, da Patient andernorts behandelt wird
 nichts, da keine ärztliche Therapie erforderlich
 fachspezifische Überweisung notwendig:
 Kardiologie Augenarzt
 Diabetologie Nephrologie
 stationäre Einweisung andere.....
 Ich werde selbst behandeln und zwar mit:
 Gesprächen Kontrollen (z.B. Labor)
 Medikamenten Schulung/Beratung
 andere.....

18. Ausmaß der Kontroll-/Einstellungsprobleme?
 hoch mittel niedrig

19. Ausmaß Compliance des Patienten:
 sehr schlecht schlecht gut sehr gut