

Follow up-Arztbogen DETECT

Etikett Labor

Initialen:

Geschlecht: M W

Geburtsdatum:
T T M M J J

1. Ist der Patient für diese Nachuntersuchung erreichbar?

- ja (▶ weiter mit Frage 2)
 nein ▼

Ausfalldokumentation

Wann haben Sie den Patienten zuletzt gesehen?
T T M M J J

Patient nicht für Nachuntersuchung erreichbar, weil:

- in stationärer Behandlung seit
 im Pflegeheim seit
 unbekannt verzogen seit
 Arztwechsel seit

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

anderer Grund, und zwar

Patient ist verstorben am
T T M M J J

Todesursache (bitte spezifizieren)

- plötzlicher Herztod
 Herzinfarkt
 zerebrovaskuläres Ereignis
 Krebs
 andere Todesursache/ unbekannt

2. Bitte bestimmen Sie die folgenden Werte

Größe:
(bitte messen) cm

Gewicht:
(bitte messen) kg

Hüftumfang:
(bitte messen) cm

Taillenumfang:
(bitte messen) cm

Blutdruck: /
(bitte messen) syst. diast. mmHg

Herzfrequenz:
(bitte messen) Schläge/min.

3. Wie oft hatten Sie mit dem Patienten in den letzten 12 Monate Kontakt?

mal

4. Wie lange hat ein Kontakt durchschnittlich gedauert?

min

5. In welcher Pflegestufe ist der Patient und seit wann?

trifft nicht zu

Stufe I seit
M M J J

Stufe II seit
M M J J

Stufe III seit
M M J J

6. DERZEITIGER DIAGNOSTISCHER STATUS (KERNDIAGNOSEN)

HYPERLIPIDÄMIE:

Diagnose:

- nein ▶▶▶
 fraglich
 ja, gesichert

Diagnose bekannt

- bereits zur Erstuntersuchung
 neu diagnostiziert im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
 etwas gebessert
 keine Veränderung
 etwas verschlechtert
 deutlich verschlechtert

DIABETES MELLITUS:

Diagnose:

- nein ▶▶▶
 fraglich
 ja, gesichert

Wenn ja

Typ 1 Typ 2

DMP-registriert

nein ja, seit
M M J J

Diagnose bekannt

- bereits zur Erstuntersuchung
 neu diagnostiziert im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
 etwas gebessert
 keine Veränderung
 etwas verschlechtert
 deutlich verschlechtert

HYPERTONIE:

Diagnose:

- nein ▶▶▶
 fraglich
 ja, gesichert

Diagnose bekannt

- bereits zur Erstuntersuchung
 neu diagnostiziert im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
 etwas gebessert
 keine Veränderung
 etwas verschlechtert
 deutlich verschlechtert

KHK:

Diagnose:

- nein (▶ weiter m. Frage 7)
 fraglich
 ja, gesichert
 mit stabiler Angina pectoris
 mit akutem Koronarsyndrom

Diagnose bekannt

- bereits zur Erstuntersuchung
 neu diagnostiziert im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
 etwas gebessert
 keine Veränderung
 etwas verschlechtert
 deutlich verschlechtert

7. EREIGNISSE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN

Sind in den letzten 12 Monaten folgende Komplikationen aufgetreten? (bitte alle beurteilen)

Myokardinfarkte

- nein ▶
 ja, im

(Mehrfachnennungen möglich)

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

PTCA

- nein ▶
 ja, im

(Mehrfachnennungen möglich)

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Koronarer Bypass

- nein ▶
 ja, -fach im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Angina pectoris Anfälle

- nein ▶
 ja, im

(Mehrfachnennungen möglich)

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

TIA/ PRIND

- nein ▶
 ja, im

(Mehrfachnennungen möglich)

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

Cerebraler Insult

- nein
 ja, im

(Mehrfachnennungen möglich)

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

8. Wurden in den letzten 12 Monaten folgende diagnostische Maßnahmen durchgeführt?

	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	Befund auffällig? <input type="checkbox"/> ja
Ruhe-EKG	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
Echokardiographie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
Koronarangiographie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
Karotissonographie	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
24h Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja

9. Wurde in den letzten 12 Monaten eine Laboruntersuchung durchgeführt? (ohne DETECT-Laboruntersuchungen)

	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	Befund auffällig? <input type="checkbox"/> ja
Nüchternblutzucker	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
Oraler Glukosetoleranztest	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
Lipide/ Lipoproteine	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
CRP	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
Kreatinin	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja
HbA1c	<input type="checkbox"/> ja, <input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> ja

10. Wurde in den letzten 12 Monaten ein Mikroalbuminurie-Test durchgeführt?

- nein ja, mit unauffälligem Ergebnis ja, mit auffälligem Ergebnis im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

11. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Depression festgestellt?

- nein ja, im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

12. Welche der folgenden Diagnosen treffen auf den Patienten zu (aktuell oder in den letzten 12 Monaten)?

Bitte geben Sie auch an, ob es sich um eine neue Diagnose handelt (die seit der Erstuntersuchung neu gestellt wurde).

Übergewicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	PAVK symptomatisch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Adipositas	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	PAVK asymptomatisch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Diabetisches Fußsyndrom	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Hyperurikämie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Gliedmaßenamputation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Blasen-/ Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Retinopathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Neuropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Nephropathie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
(dialysepflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)					Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Linksherzhypertrophie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Sexuelle Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Angsterkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	Polyarthrit/ Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
<input type="checkbox"/> NYHA I <input type="checkbox"/> NYHA III					Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu
<input type="checkbox"/> NYHA II <input type="checkbox"/> NYHA IV									
Karotisstenose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	→	<input type="checkbox"/> neu	andere			

13. Aktuelle Krankheitsbeurteilung (Grad der Auffälligkeit) 1 = unauffällig/ gesund, 2 = leicht, 3 = deutlich, 4 = schwerst auffällig/ krank

Körperliche Morbidität	1	2	3	4	Psychosozialer Funktionsstand	1	2	3	4
Seelische/ Psychische Morbidität	1	2	3	4	Autonome Selbstversorgung	1	2	3	4

14. Wie ist die derzeitige Einstellungsgüte bzw. die Einstellung im Verlauf der letzten 12 Monate? 1 = gut, 2 = ungenügend, 3 = schlecht,

	aktuell			im Verlauf der letzten 12 Monate		
Hyperlipidämie	1	2	3	1	2	3
Diabetes	1	2	3	1	2	3
Hypertonie	1	2	3	1	2	3
KHK	1	2	3	1	2	3
Herzinsuffizienz	1	2	3	1	2	3

15. Wie ist die derzeitige Einstellung und Compliance insgesamt?

Compliance hoch mittel niedrig
 Kontroll-/ Einstellungsprobleme hoch mittel niedrig

Wenn schlechte Kontrolle, warum?

- Complianceprobleme Zusatzerkrankungen
 unwirksames/ unverträgliches Präparat Lebensereignisse
 unwirksame nicht-medikamentöse Behandlung

16. Derzeitige medikamentöse Therapie:

keine

Antidiabetika

- Metformin
- Sulfonylharnstoffe
- Glinide
- Glucosidasehemmer
- Glitazone
- Insulin
- intensivierte Insulintherapie

Lipidsenker

- Statine/ CSE-Hemmer
- Ezetimibe
- Fibrat
- Nikotinsäurederivate
- Anionenaustauscherharze
- Omega-3-Fettsäuren

Antihypertensiva

- AT1-Antagonisten
- Beta-Blocker
- Kalziumantagonisten
- ACE-Hemmer
- Diuretika
- Zentralwirksame Antihypertensiva
- Alpharezeptorenblocker (Alpha 1-Rezeptorenblocker)

Antithrombotika/ Gerinnungshemmer

- ASS/ Clopidogrel
- Cumarine

Antiadipositasmittel

- Sibutramin
- Orlistat
- Sonstige**
- Langzeitnitrate
- Herzglykoside
- Antidepressiva

andere

17. Nicht-medikamentöse Therapie, die Sie oder Kollegen in den letzten 12 Monaten durchgeführt haben:

	habe ich durchgeführt	Überweisung erfolgte	Erfolg			habe ich durchgeführt	Überweisung erfolgte	Erfolg			
			keiner	mittel	hoch			keiner	mittel	hoch	
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Ernährungsschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Bewegungsgruppen/ Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Stressbewältigungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
Pflegeberatung/ -vermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3						
Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3						
Rehabilitative Beratung/ -vermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3						

18. War der Patient in den letzten 12 Monaten Raucher?

- nein
 ja, Zigaretten pro Tag

Wenn ja, hat der Patient in den letzten 12 Monaten erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört?

- nein
 ja, im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

19. Hat der Patient in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert?

- gar nicht
 ja, gelegentlich Drinks pro Woche
 ja, nahezu täglich Drinks

Ist der Patient in den letzten 12 Monaten abstinent geworden?

(gelegentlicher, 1 mal wöchentlicher Gebrauch geringer Mengen ist zulässig)

- nein
 ja, im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

20. Haben Sie seit der Erstuntersuchung den Eindruck, das Risiko diabetischer Folgeerkrankungen gesenkt zu haben?

- nein etwas deutlich entfällt

... das Risiko mikrovaskulärer Erkrankungen gesenkt zu haben?

- nein etwas deutlich entfällt

... das Risiko makrovaskulärer Erkrankungen gesenkt zu haben?

- nein etwas deutlich entfällt

21. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 12 Monaten mit dem Verlauf der Werte?

	sehr zufrieden		überhaupt nicht zufrieden		trifft nicht zu
HbA1c	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
Nüchternblutzucker	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
Gelegenheitsblutzucker	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
LDL-Cholesterin	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
HDL-Cholesterin	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
Triglyceride	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
Blutdruck	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

22. Wurde der Patient in den letzten 12 Monaten stationär eingewiesen?

- nein
 ja, mal im
 (Mehrfachnennungen möglich)

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

23. Primärer Anlass der Einweisung

- kardiale Symptomatik/ Ereignisse
 sonstige internistische Symptomatik/ Ereignisse
 anderer Anlass:

24. Nahm der Patient in den letzten 12 Monaten eine Reha-Maßnahme in Anspruch?

- nein (▶ weiter m. Frage 7)
 ja, im

Sep. 03	Okt. 03	Nov. 03	Dez. 03
Jan. 04	Feb. 04	Mär. 04	Apr. 04
Mai 04	Juni 04	Juli 04	Aug. 04
Sep. 04	Okt. 04		

25. Falls ja, war die Reha ...

- stationär
 ambulant
 als Anschlussreha durchgeführt
 als Heilbehandlung durchgeführt

26. Welches war der rehabilitative Indikationsbereich?

- kardiologische Reha onkologische Reha
 neurologische Reha psychosomatischer Fokus
 orthopädische Reha anderer Bereich
 metabolisches Syndrom

27. Wurde für den Patienten in den letzten 12 Monaten eine Heim- (Altersheim) Unterbringung vorbereitet?

- nein
 ja, primär aus sozialen Gründen
 ja, primär aus gesundheitlichen Gründen

28. Wurde der Patient in den letzten 12 Monaten wegen Krankheits- oder Behandlungskomplikationen in eine Facharztpraxis überwiesen?

- nein ja, mal

Falls ja, wohin wurde überwiesen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kardiologie Nephrologie/ Dialysepraxis Augenarztpraxis Diabetologie
 Neurologie/ Psychiatrie Allergologie Urologie andere:.....

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit !

Bitte nicht vergessen:

Blut abgenommen? Probenabholung vereinbart?