

Follow up-Arztbogen 2007 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 (▶ weiter mit der letzten Seite des Fragebogens)

2. Wurde der Patient seit der letzten DETECT-Nachuntersuchung (Sept. 2003 bzw. 2004) wegen Krankheits- oder Behandlungs-komplikationen in eine Facharztpraxis überwiesen?

- nein
- ja, mal

Falls ja, wohin wurde überwiesen? (Mehrfachnennungen möglich)

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

3. 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

4. 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

5. Bitte bestimmen Sie die folgenden Werte

Größe: cm (bitte messen)

Gewicht: kg (bitte messen)

Hüftumfang: cm (bitte messen)

Taillenumfang: cm (bitte messen)

Blutdruck: / mmHg (bitte messen)

syst.

diast.

Herzfrequenz: Schläge/min (bitte messen)

bei Frauen:

- Menarche: mit Jahren
- Menopause: nein ja, mit Jahren
- Besonderheiten der Regel:
- Zyklusdauer: Tage entfällt

- Geburten: Kinder
- Aborte:
- derzeitige Hormontherapie: nein ja, seit Jahren
- Sonstiges:

6. DERZEITIGER DIAGNOSTISCHER STATUS (KERNDIAGNOSEN)

HYPERLIPIDÄMIE:

Diagnose:

- nein ▶▶▶ (gehe zu Diabetes M.)
- fraglich
- ja, gesichert

Diagnose seit:

|
M M J J

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
- etwas gebessert
- keine Veränderung
- etwas verschlechtert
- deutlich verschlechtert

DIABETES MELLITUS:

Diagnose:

- nein ▶▶▶ (gehe zu Hypertonie)
 - fraglich
 - ja, gesichert
- Wenn ja Typ 1 Typ 2

DMP-registriert

- nein
- ja, seit |
M M J J

Diagnose seit:

|
M M J J

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
- etwas gebessert
- keine Veränderung
- etwas verschlechtert
- deutlich verschlechtert

HYPERTONIE:

Diagnose:

- nein ▶▶▶ (gehe zu KHK)
- fraglich
- ja, gesichert

Diagnose seit:

|
M M J J

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
- etwas gebessert
- keine Veränderung
- etwas verschlechtert
- deutlich verschlechtert

KHK:

Diagnose:

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

DMP-registriert

- nein
- ja, seit |
M M J J

Diagnose seit:

|
M M J J

Wie war der Verlauf in den letzten 12 Monaten?

- deutlich gebessert
- etwas gebessert
- keine Veränderung
- etwas verschlechtert
- deutlich verschlechtert

7. EREIGNISSE IN DEN LETZTEN 3 JAHREN (SEPTEMBER 2004–2007)

Sind in den letzten 3 Jahren (September 2004–2007) folgende Ereignisse/Komplikationen aufgetreten? (Mehrfachnennungen möglich)

Myokardinfarkte	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, im ▶	_____	_____	_____	_____
		M M J J	M M J J	M M J J	M M J J
PTCA	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, im ▶	_____	_____	_____	_____
		M M J J	M M J J	M M J J	M M J J
Koronarer Bypass	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, im ▶	_____	_____	_____	_____
		M M J J	M M J J	M M J J	M M J J
Angina pectoris Anfälle	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, im ▶	_____	_____	_____	_____
		M M J J	M M J J	M M J J	M M J J
TIA/PRIND	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, im ▶	_____	_____	_____	_____
		M M J J	M M J J	M M J J	M M J J
Cerebraler Insult	<input type="checkbox"/> nein				
	<input type="checkbox"/> ja, im ▶	_____	_____	_____	_____
		M M J J	M M J J	M M J J	M M J J

8. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ihnen oder einem Kollegen folgende diagnostische Maßnahmen durchgeführt?

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

9. Wurde in den letzten 12 Monaten von Ihnen oder einem Kollegen eine Laboruntersuchung durchgeführt? (ohne DETECT-Laboruntersuchungen)

			Befund auffällig?
Nüchternblutzucker	<input type="checkbox"/> ja, _____ mal	<input type="checkbox"/> ja	
Oraler Glucosetoleranztest	<input type="checkbox"/> ja, _____ mal	<input type="checkbox"/> ja	
Lipide/ Lipoproteine	<input type="checkbox"/> ja, _____ mal	<input type="checkbox"/> ja	
CRP	<input type="checkbox"/> ja, _____ mal	<input type="checkbox"/> ja	
Kreatinin	<input type="checkbox"/> ja, _____ mal	<input type="checkbox"/> ja	
HbA _{1c}	<input type="checkbox"/> ja, _____ mal	<input type="checkbox"/> ja	
Mikroalbuminurie-Teststick	<input type="checkbox"/> ja, _____ mal	<input type="checkbox"/> ja	

Aktuelle Laborwerte aus der Akte:

Letzter RR-Wert:	sys. _____	diast. _____	Mikroalbuminurie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
HbA _{1c} :	_____, ____ %	Gesamtchol.: _____	HDL-Chol.: _____
Nüchtern-BZ:	_____	LDL-Chol.: _____	Triglyzeride: _____
Werte sind in:	<input type="checkbox"/> mmol/l	<input type="checkbox"/> mg/dl	

10. WELCHE DER FOLGENDEN NEUROPSYCHIATRISCHEN ERKRANKUNGEN LIEGEN BEI DEM PATIENTEN VOR? (GGF. KONSULTIEREN SIE AUCH DIE PATIENTENANGABEN IM FRAGEBOGEN)

a) (F32.X, F33, F34) Depressive Erkrankung (Major Depression, Dystymie, andere depressive Störung)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fraglich	<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> erstes Auftreten im Alter von: _____
Erkrankungsverlauf: <input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> intermittierend	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> unklar

b) (F30, F31, F34, F39) Bipolare Erkrankung (Manie, Hypomanie, manisch-depressiv)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fraglich	<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> erstes Auftreten im Alter von: _____
Erkrankungsverlauf: <input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> intermittierend	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> unklar

c) (F20 bis F29) Psychotische Erkrankung (z.B. Wahn, Schizophrenie)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fraglich	<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> erstes Auftreten im Alter von: _____
Erkrankungsverlauf: <input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> intermittierend	<input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> unklar

d) (F41.1) Generalisierte Angsterkrankung

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:
Erkrankungsverlauf: akut intermittierend chronisch unklar

e) (FF41/F40) Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:
Erkrankungsverlauf: akut intermittierend chronisch unklar

f) (F40.X, F42.X, F43.1) Andere Angsterkrankung (z.B. Phobie, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung)

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:
Erkrankungsverlauf: akut intermittierend chronisch unklar

g) (F51, G47) Primäre Schlafstörungen (z.B. Insomnie, Hypersomnie, Atmungsgebundene Schlafstörung, Alpträume, Pavor nocturnus)

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:
Erkrankungsverlauf: akut intermittierend chronisch unklar

h) (FF45.4) Chronisches Schmerzsyndrom

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:

i) (F10-F19) Substanzstörungen (z.B. Alkohol, Sedativa, Hypnotika, Drogen)

- Medikamente: Missbrauch Abhängigkeit erstes Auftreten im Alter von:
Welche?
- Alkohol: Missbrauch Abhängigkeit erstes Auftreten im Alter von:
- Drogen: Missbrauch Abhängigkeit erstes Auftreten im Alter von:

j) (F52, N94.X) Sexuelle Störungen (z.B. Appetenz, Erregungs-, Orgasmusstörungen, Dyspareunie, Vaginismus)

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:
Erkrankungsverlauf: akut intermittierend chronisch unklar

k) (F00- F02, G30) Kognitive Einschränkungen (MCI) nein

- fraglich gesichert **Demenz** (einschl. Alzheimer) nein

- erstes Auftreten im Alter von:

l) Andere psychische Erkrankungen

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:
Erkrankungsverlauf: leicht mittel schwer unklar

Welche?

m) (G20.X) Parkinson Krankheit

- nein fraglich gesichert erstes Auftreten im Alter von:
Erkrankungsverlauf: leicht mittel schwer unklar

11. War der/die Patient/in schon einmal wegen einer dieser Erkrankungen in psychiatrisch und/oder psychotherapeutischer Behandlung?

- nein ja

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? Bitte Buchstaben aus Frage 10 a–m angeben:

Wurde der/die Patient/in medikamentös behandelt?

- nein ja

12. Welcher dieser Erkrankungen steht in einem Zusammenhang mit den im folgenden kodierten körperlichen Erkrankungen? Bitte die Buchstaben aus Frage 10 a–m angeben:

- keine
- folgende sicher:
- folgende fraglich:

13. BITTE GEBEN SIE ALLE IHNEN BEKANNTEN DIAGNOSEN AN, DIE AUF DEN PATIENTEN ZUTREFFEN.

Neubildungen

Leukämie ja, im Alter von _____ Jahren

Lymphom ja, im Alter von _____ Jahren

Metastasierender Tumor ja, im Alter von _____ Jahren

andere Tumor-erkrankungen ja, im Alter von _____ Jahren

andere:

Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems

Anämie, Eisenmangel ja, im Alter von _____ Jahren

andere:

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes wurde in Frage 6 erfasst)

Diabeteskomplikationen:

Adipositas ja, im Alter von _____ Jahren

Niere (z.B. Nephropathie) ja, im Alter von _____ Jahren

Schilddrüsen-erkrankungen ja, im Alter von _____ Jahren

Auge (z.B. Retinopathie) ja, im Alter von _____ Jahren

Hyperurikämie ja, im Alter von _____ Jahren

neurologisch (z.B. Poly-Neuropathie) ja, im Alter von _____ Jahren

andere

peripher vaskulär (z.B. Gangrän, Ulkus) ja, im Alter von _____ Jahren

diabetisches Fußsyndrom ja, im Alter von _____ Jahren

Krankheiten des Nervensystems (Parkinson, Demenz wurden in Frage 10, TIA/PRIND in Frage 7 erfasst)

Neuropathie ja, im Alter von _____ Jahren

Multiple Sklerose ja, im Alter von _____ Jahren

Migräne ja, im Alter von _____ Jahren

andere neurologische Erkrankungen:

Hirnhautentzündung ja, im Alter von _____ Jahren

.....

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems

Linksherzhypertrophie ja, im Alter von _____ Jahren

Vorhofflimmern ja, im Alter von _____ Jahren

Herzinsuffizienz ja, im Alter von _____ Jahren

PAVK (symptomatisch) ja, im Alter von _____ Jahren

NYHA I ja, im Alter von _____ Jahren

PAVK (asymptomatisch) ja, im Alter von _____ Jahren

NYHA II ja, im Alter von _____ Jahren

Karotisstenose ja, im Alter von _____ Jahren

NYHA III ja, im Alter von _____ Jahren

Venenthrombose ja, im Alter von _____ Jahren

NYHA IV ja, im Alter von _____ Jahren

andere:

Krankheiten des Atmungssystems

Asthma bronchiale ja, im Alter von _____ Jahren

Chronische Bronchitis ja, im Alter von _____ Jahren

COPD ja, im Alter von _____ Jahren

andere (z.B. Emphysem):

Krankheiten des Verdauungssystems

Magen-Erkrankungen ja, im Alter von _____ Jahren

Darm-Erkrankungen ja, im Alter von _____ Jahren

Gallenblasenentzündung ja, im Alter von _____ Jahren

Leberentzündung, Hepatitis, chronische Pankreatitis ja, im Alter von _____ Jahren

Leberzirrhose ja, im Alter von _____ Jahren

andere:

Krankheiten der Haut und der Unterhaut

Kollagenose ja, im Alter von _____ Jahren

Lupus ja, im Alter von _____ Jahren

andere:

Krankheiten des Muskoskelettsystems

Polyarthritis/Rheuma ja, im Alter von _____ Jahren Osteoporose ja, im Alter von _____ Jahren
 Gelenkverschleiß, Arthrose (Hüfte/Knie) ja, im Alter von _____ Jahren Entzündliche Rücken- oder Wirbelsäulenerkrankung ja, im Alter von _____ Jahren
 andere:

Krankheiten des Urogenitalsystems

Nephropathie ja, im Alter von _____ Jahren (dialysepflichtig: nein ja) Nierenkolik, Nierensteine ja, im Alter von _____ Jahren
 Blasenerkrankung ja, im Alter von _____ Jahren Nierenerkrankung ja, im Alter von _____ Jahren
 andere:

Andere, weiter oben noch nicht beschriebene Erkrankungen

Gliedmaßenamputation ja, im Alter von _____ Jahren
 Allergische Erkrankungen ja, im Alter von _____ Jahren

Frauen

Krankheiten von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern ja, im Alter von _____ Jahren

Was ist Ihre aktuelle Hauptdiagnose bei diesem Patienten?

.....

14. Derzeitige medikamentöse Therapie: Bitte listen Sie alle dem Patienten verschriebenen Medikamente auf (Handels- bzw. Substanzname). Alternativ können Sie auch einen Ausdruck der Medikamente aus der Patientenakte beilegen.

derzeit keine medikamentöse Therapie

Antidiabetika	1	2	3
Lipidsenker	1	2	3
Antihypertensiva	1	2	3
Antithrombotika/ Gerinnungshemmer	1	2	3
Antiadipositasmittel	1	2	3
Psychopharmaka	1	2	3
Andere Medikamente	1	2	3
	4	5	6

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

<input type="checkbox"/> war nicht erforderlich	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	Rehabilitative Beratung/Vermittlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Ernährungsschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3	Psychologische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Bewegungsgruppen/Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3	Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3	Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Stressbewältigungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3	Selbsthilfegruppen	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3

16. Wie ist die derzeitige medikamentöse Einstellung und Compliance insgesamt?

Medikamentöse Compliance hoch mittel niedrig
 Kontroll-/Einstellungsprobleme hoch mittel niedrig

Wenn schlechte Kontrolle, warum?

Complianceprobleme Zusatzerkrankungen
 unwirksames/unverträgliches Präparat Lebensereignisse

17. Wie ist die derzeitige nicht-medikamentöse Einstellung und Compliance insgesamt?

Nicht-medikamentöse Compliance hoch mittel niedrig
 Kontroll-/Einstellungsprobleme hoch mittel niedrig

Wenn schlechte Kontrolle, warum?

Complianceprobleme Zusatzerkrankungen
 unwirksame nicht-med. Behandlung Lebensereignisse

18. 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		
	1	2	3	1	2	3
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

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

	sehr zufrieden		überhaupt nicht zufrieden		trifft nicht zu
	1	2	3	4	
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"/>
Triglyzeride	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
Blutdruck	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
Gewicht	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

20. 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
Seelisch/psychische Morbidität	1	2	3	4	Autonome Selbstversorgung	1	2	3	4

21. Haben Sie seit der letzten DETECT-Untersuchung 2003 bzw. 2004 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

22. Ist oder war der Patient Raucher?

nein, nie

früher Raucher, Nichtraucher seit:
M M J J

ja, Zigaretten pro Tag

23. Konsumiert der Patient Alkohol? (ein Drink entspricht 0,3l Bier oder 1/8l Wein/Sekt oder 2 einfachen Schnäpsen)

nein, gar nicht seit:

ja, gelegentlich, Drinks pro Woche

ja, nahezu täglich, Drinks

24. Wurde der Patient seit der letzten DETECT-Untersuchung (September 2003 bzw. 2004) stationär eingewiesen?

	Anzahl der Tage	Anlass	Krankenhaus/Abteilung
2004	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2005	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2006	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2007	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

25. Nahm der Patient seit der letzten DETECT-Nachuntersuchung (September 2003 bzw. 2004) eine Reha-Maßnahme in Anspruch?

	Anzahl der Tage	Anlass	Einrichtung/Abteilung
2004	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2005	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2006	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2007	<input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

26. Bitte bewerten Sie, inwieweit Ihr Patient folgende 10 Tätigkeitsbereiche selbstständig ausführen kann.
Pro Bereich nur eine Angabe:

Essen

- unfähig, allein zu essen
- braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen
- selbstständig, benötigt keine Hilfe

Baden

- abhängig von fremder Hilfe
- selbstständig, benötigt keine Hilfe

Körperpflege (Rasieren, Kämmen, Zähneputzen)

- abhängig von fremder Hilfe
- Selbstständig, benötigt keine Hilfe

An- und Auskleiden

- unfähig, sich allein an- und auszuziehen
- braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein ausführen
- selbstständig, benötigt keine Hilfe

Stuhlkontrolle

- inkontinent
- gelegentlich kontinent (max. 1x Woche)
- ständig kontinent

Urinkontrolle

- inkontinent
- gelegentlich kontinent (max. 1x Woche)
- ständig kontinent

Toilettenbenutzung

- abhängig von fremder Hilfe
- benötigt Hilfe wegen fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen
- selbstständig, benötigt keine Hilfe

Bett- bzw. Stuhltransfer

- abhängig von fremder Hilfe, fehlende Sitzbalance
- erhebliche physische Hilfe beim Transfer erforderlich, Sitzen selbstständig
- geringe physische bzw. verbale Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich
- selbstständig, benötigt keine Hilfe

Mobilität

- immobil bzw. Strecke < 50m
- unabhängig mit Rollstuhl, inklusive Ecken, Strecke > 50 m
- unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m
- selbstständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m

Treppensteigen

- benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen
- selbstständiges Treppensteigen möglich

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit !

Bitte nicht vergessen:

Blut abgenommen? Probenabholung vereinbart?

NICHT-TEILNAHME-DOKUMENTATION

Wir sind als Verlaufsstudie darauf angewiesen für möglichst alle Patienten zumindest rudimentäre Informationen zu sammeln, deshalb ist jede Information über den Aufenthaltsort oder den Zustand des Patienten oder der Patientin hilfreich. Um Sie ggf. entlasten zu können, bitten wir Sie deshalb auch um die Angabe der letzten bekannten Wohnort-Adresse oder sonstigen Aufenthaltsort, bzw. Angaben von Namen, die uns bei der Aufklärung des Schicksals helfen können.

Wann haben Sie den Patienten zuletzt gesehen? | |
TT MM JJ

Patient nicht für Nachuntersuchung erreichbar, weil:

in stationärer Behandlung seit: | |
TT MM JJ

im Pflegeheim seit: | |
TT MM JJ

Grund:

Ambulant krank

unbekannt verzogen

Urlaub/beruflich verhindert | |
TT MM JJ

Patient verweigert Teilnahme

Arztwechsel seit: | |
TT MM JJ

neuer Arzt

Name:

Tel:

Anderer Grund, und zwar:

.....

Patient ist verstorben am

| |
TT MM JJ

Wenn verstorben, geben Sie bitte die Todesursache an (bitte spezifizieren).

plötzlicher Herztod

Herzinfarkt

zerebrovaskuläres Ereignis

Krebs

andere Todesursache

unbekannte Todesursache

Wenn es Ihnen möglich ist, legen Sie Bitte den Totenschein bei; andernfalls bitten wir um die letzte Adresse zur Anfrage beim Gesundheitsamt.

zuständiges Gesundheitsamt:

.....

Können Sie uns die letzte Ihnen bekannte Adresse des Patienten mitteilen?

Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefonnummer:

Adresse/Telefonnummer eines Angehörigen oder einer Person, die bei der Aufklärung helfen könnte

.....

.....

.....

.....