

## Strukturierte Epikrise (Diabetes)

| Angaben zur i                           | CISON  |  | Datum:          |
|---|--|--|-----------------|
| Name:                                   |  | Vorname:   |                 |
| Geburtsdatum:                           |  |  |                 |
| Straße:                                 |  |  |                 |
| PLZ:                                    | Ort:   |  |                 |
|   |  |  |                 |
| Diagnose                                |  |  |                 |
| Diagnose:                               | Diabetes mellitus Typ 1  | Erstdiagnose (Jahr):   |                 |
|   | Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (E<br>Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus (E |  |                 |
| Disk strategy                           |  | Del Complete managed to Disherter                            |                 |
| Diabetestyp:                            |  | Bei Sonderformen des Diabetes<br>(Syndrome, Gen.Typisierung, |                 |
| Antikörperstatus:  Manifestation mi     |  | Grunderkrankung):  Manifestationsdatum:                      |                 |
|   |  | Manifestationsdatum:   |                 |
| Beginn der Insulii                      |  |  |                 |
| Sonstige (relevan                       | ite) Diagnose(n):  |  |                 |
| Anamnese                                |  |  |                 |
| Familienanamnes                         | se (FA)*   |  |                 |
| FA für für Diabetes                     | mellitus:  | FA für Autoimmunerkrankungen:                                |                 |
|   | läre Erkrankungen:   | FA für psychiatrische Erkrankungen:                          |                 |
| , , , , a , , , a , , a , , a , a , a , |  |  |                 |
| Spezielle diabeto                       | logische Anamnese  |  |                 |
| Art der Insulinthera                    | apie (CT, ICT, Pumpe) Insu   | llinpräparate, Insulinpumpenart                              | Datum (von/bis) |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |
|   |  |  |                 |

| Akute Komplikationen                   |       |          |        |     |       |
|--|-------|----------|--------|-----|-------|
| Art der Komplikation                   |       | Нуро     | Datum  | DKA | Datum |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
| Untersuchungen auf Folgeerkrankungen   |       |          |        |     |       |
| Art der Untersuchung                   | Datum | Ergebnis |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
| Weitere Diagnostik & relevante Befunde |       |          |        |     |       |
| Art der Untersuchung                   | Datum | Ort      | Befund |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
| Anmerkungen                            |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |
|  |       |          |        |     |       |

| Aktuelle Befunde und Medikation                                 |            |         |        |             |  |  |
|---|------------|---------|--------|-------------|--|--|
| Besonderheiten beim körperlichen Untersuchungsbefund*:          |            |         |        |             |  |  |
| * Reflexstatus, Hautveränderungen, Lipodystrophie, Struma, etc. |            |         |        |             |  |  |
| ,                         |            |         |        | ,           |  |  |
| Aktuelle Zusatzmedikation                                       |            |         |        |             |  |  |
| Medikament  | Morgens    | Mittags | Abends | Bemerkungen |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
| Anmerkungen   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
| Einschätzung des Verlaufs, besondere                            | e Hinweise |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |
|   |            |         |        |             |  |  |

| Allgemeiner Tei                              | il  |   |
|--|---|---|
| Allgemeine somatis                           | sche Anamnese   |   |
| Geburtsanamnese/Er                           | ntwicklung:   |   |
| relevante Erkrankung<br>Operationen, Unfälle | gen,<br>etc.:   |   |
| Allergien:                                   |   |   |
| Familiäre Situation                          | Eltern/Anzahl Geschwister/Wohnverhältnisse                  |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
| Familienanamnese                             | Angehörige 1., ggf. 2 Grades                                |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
| Eigenanamnese                                |   |   |
|  |   |   |
| Relevante Erkrankung Muttersprache/Sprac     |   |   |
| Impfstatus:                                  | Lincelliumsse.  |   |
| Rauchen/Alkohol/Dro                          | ogen:   |   |
|  |   |   |
| Psychosoziale Anam                           | <b>nnese</b>   Belastungsraktoren, ramiliare Situation, vei | sorgungssituation, Schwerbehindertenstatus etc. Grades) |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
| Krankenhaus-/Kura                            |   |   |
| Jahr Einr                                    | richtung  | Indikation  |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
| Anmerkungen                                  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
| I .  |   |   |

| Sozialmedizinische Aspekte           |                        |            |                   |    |                                |  |
|--------------------------------------|------------------------|------------|-------------------|----|--------------------------------|--|
| Grad der Behinderung:                | Keiner                 | Beantragt  | ( %)              |    |                                |  |
|                                      | Anerkannt (            | %; Zusatz: | ) bis:            |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
| Fördermaßnahmen Ausbildung und Beruf |                        |            |                   |    |                                |  |
| Max. Schulabschluss:                 | Keiner                 |            | Berufsbildungsrei | fe | erweiterte Berufsbildungsreife |  |
| Wax. Schulabschluss.                 | Mittlerer Schulabschli | uss        | Fachhochschulrei  | fe | Abitur                         |  |
|                                      | Sonstige Schule:       |            |                   |    |                                |  |
| Ausbildung:                          |                        |            |                   |    |                                |  |
| Studium:                             |                        |            |                   |    |                                |  |
| Angestrebter Beruf:                  |                        |            |                   |    |                                |  |
| Bisherige berufliche Tätigkeiten:    |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
| Mitbehandelde Ärzte                  |                        |            |                   |    |                                |  |
| Kinder-/Jugendarzt:                  |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
| Anderer Hausarzt:                    |                        |            |                   |    |                                |  |
| Fachärzte:                           |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
| Text zur freien Verfügung            |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |
|                                      |                        |            |                   |    |                                |  |