

Anzeige

Accu-Chek mit Liebe zum Detail
aus Leidenschaft fürs Ganze.



Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem
Beipackzettel und der Gebrauchsanweisung.

ACCU-CHEK® *Performa* ACCU-CHEK® *Compact Plus*

NEU

Freiheit und Unbeschwertheit.

Ist es nicht das, was wir uns alle wünschen?

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Sie bei diesen Lebenszielen zu unterstützen. Von der Blutzuckermessung bis zur Insulinpumpentherapie und Datenanalyse. Kombinieren Sie Accu-Chek Produkte für Ihr optimales Diabetesmanagement. Erhältlich in Apotheke und Sanitätsfachhandel.

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA, ACCU-CHEK
SPIRIT, ACCU-CHEK SMART PIX und SOFTCLIX sind
Marken von Roche. © 2008 Roche Diagnostics.

www.accu-chek.at
Roche Diagnostics GmbH
A-1211 Wien, Engelhohegasse 3
Diabetes Hotline: 01/277 87-355



ACCU-CHEK®
Leben. So wie ich es will.



Osterreichische Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

DIABETES-PASS

ÖDG **Österreichische Diabetes Gesellschaft**
helfen, heilen, forschen

DIABETES-PASS

Ihr Arzt/Ihre Sozialversicherung hat Ihnen diesen Diabetes-Pass überreicht, um das optimale Management Ihrer Erkrankung zu ermöglichen. Bringen Sie den Pass zu jedem Arztbesuch mit, um den Austausch wichtiger Informationen zwischen Ihren Betreuern zu gewährleisten.

Die Inhalte wurden in Zusammenarbeit von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) und der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) erstellt.

Der Pass findet auch im Programm „Therapie Aktiv“ der österreichischen Sozialversicherung Verwendung.

Ao. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Ludvik
Präsident der ÖDG

Dr. Erwin Rebhandl
Präsident der ÖGAM

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Prager
Vorstandsmitglied der ÖDG

Dr. Bernhard Fürthauer
Vizepräsident der ÖGAM

In Zusammenarbeit mit:



**HAUSARZT |
BETREUENDER ARZT**

ARZTSTEMPEL

PERSÖNLICHE DATEN: |

Inhaber des Ausweises:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Behandelnder Hausarzt: _____

Behandelnder Facharzt: _____

Behandelndes Diabeteszentrum: _____

In Notfällen zu informieren:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

SCHULUNG: |

Erstschulung am: _____ durch: _____

- Einzelschulung Gruppenschulung
 PA FA Diabeteszentrum Rehabzentrum

Dauer der Schulung (Stunden): _____

INHALTE (bitte ankreuzen): |

- Ernährung
 Selbstkontrolle
 Hypo-/Hyperglykämie
 Medikamente/Insulin
 Therapieanpassung
 Fußpflege/Kontrolle
 Bewegung
 Verhalten in bestimmten Situationen
(Schwangerschaft, Krankheit, Urlaub etc.)
 Blutdruckmessung

Sonstiges: _____

Wiederholungsschulung: Datum: _____

Inhalte:

IHRE RECHTE ALS DIABETIKER: |

Ihr Arzt/Ihr Diabetesteam bietet Ihnen:

- Einen persönlichen Behandlungsplan und Ziele für Ihre Stoffwechseleinstellung.
- Behandlung bei besonderen Problemen und in Notfällen.
- Regelmäßige Stoffwechselkontrolle und Untersuchungen Ihres Körpers.
- Regelmäßige Schulungen für Sie und Ihre Angehörigen.
- Hinweise auf soziale und wirtschaftliche Hilfen.

10 PUNKTE, DIE SIE ALS DIABETIKER FÜR SICH TUN KÖNNEN : |

Kreuzen Sie ehrlich nur die Punkte an, die sie bereits durchführen... welchen Punkt setzen Sie als nächstes um?

- Ich nehme meine Medikamente richtig und regelmäßig ein.
- Ich führe die vereinbarten Selbstkontrollen regelmäßig durch.
- Ich kontrolliere meine Füße täglich.
- Ich bewege mich regelmäßig im Alltag und halte mich an das vereinbarte Trainingsprogramm.
- Ich ernähre mich ausgewogen.
- Ich achte auf mein Körpergewicht.
- Ich lebe rauchfrei.
- Ich nehme Diabetiker-Schulungsangebote an.
- Ich gehe 1x/Quartal zu meinem Hausarzt/betreuenden Arzt.
- Ich informiere meine Familie und Freunde über Diabetes und jene Maßnahmen, die in Notfällen getroffen werden sollten.

DIABETES-PASS

HINWEISE ZUR BENUTZUNG DES PASSES: |

Für den Arzt und das Diabetesteam:

Die regelmäßigen Untersuchungen dienen der frühzeitigen Erkennung, rechtzeitigen Behandlung und erfolgreichen Überwachung von Spätschäden.

Im Pass wurden die international anerkannten Leitlinien zur Prävention und Intervention angewandt.

Bitte füllen Sie diesen Pass bei jeder Untersuchung aus:

- Erfassen der Basispatientendaten, individueller Gesundheitsprobleme, notwendiger Medikamente.
- Vereinbaren Sie beim Jahrescheck mit dem Patienten längerfristige Behandlungsziele und vermerken Sie diese in der entsprechenden Rubrik.
- Führen Sie die Quartalskontrollen durch und vereinbaren Sie Behandlungsziele bis zum nächsten Arztbesuch.

Für den Passinhaber:

Dieser Pass wurde entwickelt, um Sie und Ihren Diabetes besonders gut betreuen zu können. Er enthält wichtige Informationen über Ihre aktuelle Stoffwechsellage und Ihre Behandlung.

Tragen Sie diesen Pass bitte immer bei sich, um den Austausch wichtiger Informationen zwischen Ihren Betreuern zu gewährleisten.

Bitte nehmen Sie diesen Pass zu jedem Arztbesuch mit und sorgen Sie dafür, dass die entsprechenden Rubriken auch jedesmal ausgefüllt werden.

BASISDATEN: |

Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

BMI: _____

Diabetes seit: _____

- Typ 1 Typ 2 Sonstiges

BEREITS BEKANNTE PROBLEME UND KOMPLIKATIONEN: |

(bitte ankreuzen)

- Retinopathie
- Nephropathie
- Neuropathie
 - sensorisch motorisch autonom
- Fettstoffwechselstörungen
- Adipositas
- Arterielle Hypertonie
- PAVK
- Diabetischer Fuß Mal perforant
- Amputationen
- KHK (Angina, Herzinfarkt, Angioplastie bzw. aortocoronarer Bypass)
- Cerebrovasculäre Komplikationen (TIA, Insult, PRIND)
- Nikotin
- Alkohol

DIABETES-PASS

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

* Die mit * gekennzeichneten Laborwerte werden routinemäßig jährlich kontrolliert. Bei pathologischen Laborwerten ist eine vierteljährliche Kontrolle angezeigt.

SELBSTKONTROLLE:

Gewichtskontrolle ja, ab _____ nein

Blutdruckmessung ja, ab _____ nein

Blutzuckermessung ja, ab _____ nein

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

Jahreskontrolle

Datum:

EKG

Kontrolle Augenarzt

rechts:

links:

Vibration +/-

Monofilament +/-

Fußpulse A. tib. post. +/-
A. dors. ped. +/-

Sonstiges

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

* Die mit * gekennzeichneten Laborwerte werden routinemäßig jährlich kontrolliert. Bei pathologischen Laborwerten ist eine vierteljährliche Kontrolle angezeigt.

SELBSTKONTROLLE:

Gewichtskontrolle ja, ab _____ nein
Blutdruckmessung ja, ab _____ nein
Blutzuckermessung ja, ab _____ nein

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

Jahreskontrolle

Datum:

EKG

Kontrolle Augenarzt

rechts:

links:

Vibration +/-

Monofilament +/-

Fußpulse A. tib. post. +/-
A. dors. ped. +/-

Sonstiges

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

* Die mit * gekennzeichneten Laborwerte werden routinemäßig jährlich kontrolliert. Bei pathologischen Laborwerten ist eine vierteljährliche Kontrolle angezeigt.

SELBSTKONTROLLE:

Gewichtskontrolle ja, ab _____ nein

Blutdruckmessung ja, ab _____ nein

Blutzuckermessung ja, ab _____ nein

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

Jahreskontrolle

Datum:

EKG

Kontrolle Augenarzt

rechts:

links:

Vibration +/-

Monofilament +/-

Fußpulse A. tib. post. +/-
A. dors. ped. +/-

Sonstiges

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

* Die mit * gekennzeichneten Laborwerte werden routinemäßig jährlich kontrolliert. Bei pathologischen Laborwerten ist eine vierteljährliche Kontrolle angezeigt.

SELBSTKONTROLLE:

Gewichtskontrolle ja, ab _____ nein

Blutdruckmessung ja, ab _____ nein

Blutzuckermessung ja, ab _____ nein

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

Jahreskontrolle

Datum:

EKG

Kontrolle Augenarzt

rechts:

links:

Vibration +/-

Monofilament +/-

Fußpulse A. tib. post. +/-
A. dors. ped. +/-

Sonstiges

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

* Die mit * gekennzeichneten Laborwerte werden routinemäßig jährlich kontrolliert. Bei pathologischen Laborwerten ist eine vierteljährliche Kontrolle angezeigt.

SELBSTKONTROLLE:

Gewichtskontrolle ja, ab _____ nein

Blutdruckmessung ja, ab _____ nein

Blutzuckermessung ja, ab _____ nein

UNTERSUCHUNGEN:

Quartals- untersuchungen	Datum:		Datum:	
	Resultat	Ziel	Resultat	Ziel
Gewicht				
Blutdruck				
Blutzucker nü				
Blutzucker pp				
HbA1c				
* Mikroalbumin/ Eiweiß im Harn				
* Kreatinin (mg/dl)				
* Cholesterin ges. (mg/dl)				
* LDL-Cholesterin (mg/dl)				
* HDL-Cholesterin (mg/dl)				
* Triglyzeride (mg/dl)				
Fußinspektion	rechts:	links:	rechts:	links:
Hyperkeratosen H				
Ulcus U				
Mykosen M				
Hypoglykämie mit Fremdhilfe	<input type="radio"/> ja	Anzahl:		

Jahreskontrolle

Datum:

EKG

Kontrolle Augenarzt

rechts:

links:

Vibration +/-

Monofilament +/-

Fußpulse A. tib. post. +/-
A. dors. ped. +/-

Sonstiges

THERAPIE: |**Jahr:****Datum:****Datum:****Orale Diabetestherapie**

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Insulin

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Zusatztherapie

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Beratung**Ernährung****Bewegung****Rauchen/Nikotin****Nächster Termin****THERAPIE: |****Jahr:****Datum:****Datum:****Orale Diabetestherapie**

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Insulin

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Zusatztherapie

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Beratung**Ernährung****Bewegung****Rauchen/Nikotin****Nächster Termin**

THERAPIE: |

Jahr:

Datum:

Datum:

Orale Diabetestherapie

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Insulin

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Zusatztherapie

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Beratung

Ernährung

Bewegung

Rauchen/Nikotin

Nächster Termin

THERAPIE: |

Jahr:

Datum:

Datum:

Orale Diabetestherapie

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Insulin

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Zusatztherapie

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Beratung

Ernährung

Bewegung

Rauchen/Nikotin

Nächster Termin

THERAPIE: |**Jahr:****Datum:****Datum:****Orale Diabetestherapie**

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Insulin

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Zusatztherapie

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Beratung**Ernährung****Bewegung****Rauchen/Nikotin****Nächster Termin****THERAPIE: |****Jahr:****Datum:****Datum:****Orale Diabetestherapie**

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Insulin

früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Zusatztherapie

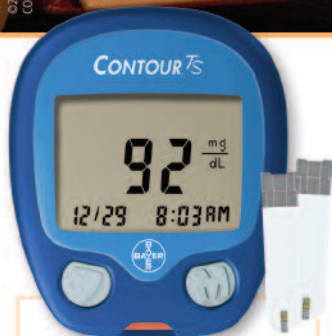
früh mittags abends spät früh mittags abends spät

Beratung**Ernährung****Bewegung****Rauchen/Nikotin****Nächster Termin**

Neu
von Bayer



Deshalb messe ich



NO CODING

Die Innovation von Bayer, die eine manuelle Kodierung, einen Kodierchip oder einen Kodierstreifen bei Verwendung neuer Sensorenpackungen überflüssig macht.

Das neue Contour TS von Bayer, innovativ und zukunftsweisend:

- **Die No Coding™ Technologie** schließt Fehlerquellen durch falsch oder nicht kodierte Blutzuckermessgeräte aus.
- Schnelle 8 Sekunden Messzeit
- Kleines Probenvolumen von nur 0,6 µl
- Gut sichtbarer, orangefarbiger Testsensorenschlitz

CONTOUR^{TS}

Nähere Informationen unter der Infohotline 0810 / 00 82 93 oder im Internet unter www.bayerdiabetes.at

CONTOUR^{TS}
Blutzuckerkontrollsystem



Bayer HealthCare
Diabetes Care

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

www.therapie-aktiv.at

Sehr geehrter Teilnehmer am Programm „Therapie Aktiv“!

Als Diabetespatient haben Sie sich bei Ihrem Arzt in das Behandlungsprogramm (Disease Management Programm) „**Therapie Aktiv – Diabetes im Griff**“ eingeschrieben.

Ihr Arzt wird Sie im Rahmen der Behandlung in den folgenden Bereichen beraten und Ziele mit Ihnen vereinbaren:

- Ernährung
- Bewegung
- Rauchen
- Gewicht
- Blutdruck
- HbA1c
- Blutfette

Die getroffenen Vereinbarungen werden regelmäßig (zumindest 1x jährlich) mit Ihrem Arzt besprochen und angepasst.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie selbst aktiv an der Erreichung der Ziele mitarbeiten. Ihre Mitarbeit ist ein entscheidender Beitrag zur Optimierung der Therapie.

Datum, Unterschrift des Patienten

Nähere Informationen zu dem Programm auch unter <http://diabetes.therapie-aktiv.at>
E-Mail: office@therapie-aktiv.at

DIABETES-PASS

ADRESSEN VON FACHGESELLSCHAFTEN UND SELBSTHILFEGRUPPEN:

ÖDG – Österreichische Diabetes Gesellschaft

Währinger Straße 76/13 • 1090 Wien

Tel.: 0650/770 33 78 • Fax: 01/264 52 29

E-Mail: office@oedg.at • Homepage: www.oedg.org

ÖGAM – Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

c/o Wiener Medizinische Akademie

Herr Christian Linzbauer, Alser Straße 4, 1090 Wien

Tel.: 01/405 13 83-17 • Fax: 01/405 13 83-23

E-Mail: office@oegam.at • Homepage: www.oegam.at

Verband der Diätologen Österreichs

Grüngasse 9/Top 20 • 1050 Wien

Tel.: 01/602 79 60 • Fax: 01/600 38 24

E-Mail: office@diatologen.at • Homepage: www.diaetologen.at

Aktive Diabetiker Austria

Mittersteig 4/21 • 1050 Wien

Postanschrift: Postfach 10 • 1194 Wien

Tel.: 01/587 68 94 • Fax: 01/713 04 08

Homepage: www.aktive-diabetiker.at

ÖDV – Österreichische Diabetikervereinigung Bundesservicezentrale

Moosstraße 18/1 • 5020 Salzburg

Tel.: 0662/82 77 22 • Fax: 0662/82 92 22

E-Mail: oedv.office@aon.at • Homepage: www.diabetes.or.at

Österreichische Interessensgemeinschaft für Diabetiker

Obere Hauptstraße 1 • 7041 Wulkaprodersdorf

Tel.: 02687/628 19

VÖD – Verband Österreichischer DiabetesberaterInnen

Eichenweg 33/3 • 8042 Graz

Tel.: 03124/501-4058 • Fax: 03124/501-4003

E-Mail: info@diabetesberater.at • Homepage: www.diabetesberater.at

SPONSOREN:



Diagnostics



Bayer HealthCare
Diabetes Care



NOVARTIS



ratiopharm



sanofi aventis

Das Wichtigste ist die Gesundheit

Dieser Pass ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigungen nur mit Zustimmung der ÖDG und der ÖGAM möglich.

DIABETES-PASS