

PFLEGEVERLAUFVERTRAG TYP-2-DIABETES

Vignette der Krankenkasse des Patienten

VERPFLICHTUNGEN DES PATIENTEN

NAME DES PATIENTEN.....

- Mein Hausarzt, den ich bitte, diesen Antrag dem Vertrauensarzt meiner Krankenkasse zukommen zu lassen, hat mir heute die Bedingungen für den Pflegeverlauf bei Typ-2-Diabetes erklärt.
- Ich wurde von meinem Hausarzt darüber informiert, dass die Vorteile und das Gelingen des Pflegeverlaufs meiner aktiven Beteiligung am Pflegeplan unterliegen. Ich verpflichte mich, die praktische Organisation meines Pflegeplans mit meinem Hausarzt zu bestimmen.
- Mein Hausarzt hat mit mir die Behandlungsziele besprochen und wie ich sie erreichen soll, aufgrund der Informationen auf Seite 2 dieses Vertrags.
- Mein Hausarzt hat mir mitgeteilt dass er/sie die nachstehenden verschlüsselten mich betreffenden Daten : Geschlecht, Alter, Gewicht, Körpergröße, arterieller Blutdruck und die Ergebnisse mancher Blutanalysen (HbA1c, LDL-Cholesterin) zwecks einer wissenschaftlichen Bewertung und unter Befolgung der Regelung des Privatlebens dem Sciensano übermitteln wird.

Datum und Unterschrift

Ich bitte meinen Hausarzt, der diesen Vertrag unterzeichnet, meine allgemeine medizinische Akte zu verwalten: er/sie soll dazu innerhalb von einem Jahr nach dem Anfang des Pflegeverlaufs, das Honorar anrechnen

VERPFLICHTUNGEN DES DIABETOLOGEN/INTERNISTEN

Ich stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe gehört, zu beteiligen¹, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen den Hausarzt bei der Ausarbeitung, der Bewertung und der Anpassung eines individuellen Pflegeplans für den Patienten mit Typ-2-Diabetes zu unterstützen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen
- dem Hausarzt die Berichte meiner Beratungen und technischen Untersuchungen zu besorgen
- mit dem Hausarzt eine effektive Kommunikation zu beachten, entweder auf Verlangen des Hausarztes, oder anlässlich der Übertragung von klinischen oder biologischen Parametern.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

Facharzt : Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

ODER

Krankenhaus :

Kontonummer :

Unternehmensnummer :

VERPFLICHTUNGEN DES HAUSARZTES

Ich stimme zu, mich an dem Pflegeverlauf dieses Patienten, der zur Zielgruppe¹ gehört, zu beteiligen, insbesondere um:

- in gegenseitigem Einvernehmen mit dem Endokrinologen-Diabetologen, einen individuellen Pflegeplan auszuarbeiten, zu bewerten und anzupassen. Dies umfasst Zielsetzungen, eine geplante Betreuung, ärztliche Beratungen, heilhilfsberufliche Leistungen und technische Untersuchungen
- dem Facharzt meine Beobachtungen und die Ergebnisse wichtiger Untersuchungen für die Betreuung des Patienten zu besorgen
- wenn der Patient diese nicht von einem konventionierten Diabeteszentrum bekommt, dem Patienten selbst oder über einen Diabetesberater über die Krankheit, die Behandlung und die Betreuung zu beraten und dies aufrechtzuerhalten
- die medizinische Akte des Patienten zu benutzen
- dem Vertrauensarzt eine Abschrift dieses vollständig ausgefüllten Vertrags zu besorgen.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

Kontonummer für die Zahlung des Pflegeverlaufhonorars

Hausarzt : Inhaber :

Kontonummer :

Unternehmensnummer (ev) :

VERTRAUENSARZT der Krankenkasse

Ich bestätige den Empfang dieses Vertrags gemäß den Vorschriften in Bezug auf den Pflegeverlauf bei Typ-2-Diabetes, der ab dem (Datum Empfang des konformen Antrags).....bis zum.....gilt.

Name + Stempel

Datum und Unterschrift

¹Einschlusskriterien für einen Pflegeverlauf Typ-2-Diabetes

- eine oder zwei Insulininjektionen pro Tag
- unzureichende Kontrolle bei oraler Maximalbehandlung, sodass eine Insulinbehandlung in Betracht gezogen werden muss

Ausschlusskriterien

- schwanger oder Schwangerschaftswunsch
- mehr als 2 Insulininjektionen pro Tag
- Typ-1-Diabetes

PFLEGEVERLAUFVERTRAG TYP-2-DIABETES (Seite 2)

AUSKÜNFTE ÜBER DIE VORGEHENSWEISE BEI ZUCKERKRANKHEIT (TYP-2-DIABETES)

ALLGEMEINES ZIEL

Eine gute Vorgehensweise bei Ihrer Zuckerkrankheit sichert Ihnen ein längeres und gesünderes Leben. Diese Vorgehensweise vermeidet längere Zeit Komplikationen, die entstehen wenn die Blutgefäße verstopfen.

PERSÖNLICHE ZIELE

Ihre persönliche Ziele sind der Leitfaden für die Vorgehensweise bei Ihrer Zuckerkrankheit. Aufgrund der nachstehenden Ziele stellen Sie und Ihr Hausarzt einen konkreten Pflegeplan für Ihren Pflegeverlauf auf :

- Gesunde Lebensweise wobei Sie Nachstehendes beachten:
 - Regelmäßig bewegen
 - Das Rauchen einstellen
 - Gesunde Ernährung
 - Gewicht kontrollieren
- Überwachung und wenn nötig Behandlung mit Arzneimitteln von
 - Blutzucker
 - Cholesterin und Blutfett
 - Blutdruck
 - Die Verstopfung der Blutgefäße mit Arzneimitteln vorbeugen
 - Übergewicht
 - Tabakkonsum: das Rauchen einstellen
- Blutanalyse: HbA1c²
- Kontrolle beim Hausarzt um eventuelle Komplikationen zu entdecken:
 - Befragung (Risiko auf Herzkrankheit, Nervenschmerzen,...)
 - Untersuchung der Füße
 - Blut- und Urinuntersuchung
- Augenuntersuchung beim Augenarzt
- Grippe- und Pneumokokkenimpfung³
- Besseres Verständnis Ihrer Krankheit und der geplanten Pflege, mit Hilfe der Diabetesberatung

² Hämoglobin A1c: zeigt ob Ihr Blutzucker während der 3 vergangenen Monate gut reguliert war

³ Die Zuckerkrankheit senkt Ihre Abwehr gegen Grippe und Infektionskrankheiten; die Grippe kann Ihre Zuckerkrankheit durcheinanderbringen