

**Stammdaten:**

**Einrichtung:**

Hausarzt: .....

letzte Risikobewertung: .....

**Anamnese:**

**Diabetes mellitus:**  Typ-1  Typ-2 seit:  HbA<sub>1c</sub>

**Risikofaktoren:**  Hypertonie  Adipositas  Hyperlipidämie  Raucher/in

**DMP-Dokumentation - „Fußstatus“ am:**

Pulsstatus:  auffällig Sensibilitätsprüfung:  auffällig  
weiteres Risiko für Ulcus:  Fußdeformität  Hyperkeratose mit Einblutung  Z. n. Ulcus  Z. n. Amputation  
Ulcus:  oberflächlich  tief (Wund)Infektion:  ja

**Bisherige Schuhversorgung**

keine spezielle  Schutzschuh  Maßschuh  Weichpolstereinlage  DAF  Entlastungsschuh  
 Versorgung ist suffizient  Versorgung ist insuffizient, weil

**Fußbefund:**

vom:  keine Läsion  ja  
Läsionsalter:  Rezidiv  rezidivfreie Zeit : Monate  
Läsion: mutmaßlicher Auslöser:

**frühere Fuß-Läsionen (Jahr):**

**Fuß-Operationen (Jahr):**

<input type="checkbox"/> kribbeln	<input type="checkbox"/> Hautfarbe pathologisch	<input type="checkbox"/> Hallux valgus	<input type="checkbox"/> Bypass
<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Hauttemperatur auffällig	<input type="checkbox"/> Hallux rigidus	<input type="checkbox"/> Dilatation (PTA)
<input type="checkbox"/> brennen in den Füßen	<input type="checkbox"/> Nagelmykose	<input type="checkbox"/> Krallenzehe	<input type="checkbox"/> Stent
<input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/> Interdigitalmyrose	<input type="checkbox"/> Hammerzehen	
<input type="checkbox"/> kalte Füße	<input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel	<input type="checkbox"/> Reiterzehen	
<input type="checkbox"/> trockene Haut	<input type="checkbox"/> Druckstellen	<input type="checkbox"/> Charot-Fuß	
<input type="checkbox"/> Gangunsicherheit	<input type="checkbox"/> Hyperkeratose	<input type="checkbox"/> sonstige Fußdeformität	

**Antibiotische Vorbehandlung:**  ja  früher schon mal. Erreger:  
**MRSA oder andere nosokomiale Infektionen:**  zur Zeit

**Lokalisation/Beschreibung/Größe**

rechts								Links						
Wundheilungs Stadium														
Ausdehnung nach Wagner Armstrong	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5		
A							A							
B							B							
C							C							
D							D							

**Apparative Untersuchungen:**

**Vibrationsempfinden - Stimmgabel (Rydell-Seifer-Test)**

	Links	rechts	Beurteilung
Großzehengrundgelenk	/ 8	/ 8	
Innenfußknochen			

**Sensibilität - Semmes-Weinstein-Monofilament**

	MTK I/II	MTK V	Ferse	Beurteilung
Rechts				
links				

**Mechanische Schmerzschwelle (Pinprick – Test)**

	MTK I/II	MTK V	Ferse	Beurteilung
Rechts	>512 mN	>512 mN	>512 mN	
Links	>512 mN	>512 mN	>512 mN	

**Temperaturempfinden - Tip-Therm**

	Links	rechts	Beurteilung
Vorfuß			
Unterschenkel			

**Prüfung der Muskelreflexe**

	Links	rechts	Beurteilung
PSR			
ASR			

**Tastung der arteriellen Pulse**

A. dorsalis pedis    A. tibialis post.    A. poplitea    Beurteilung

Rechts  
links  
beidseits Pulse tastbar

**pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)**

Ja     Nein    Kritische Ischämie:     ja     rechte untere Extremität    Lokalisation:  
 links untere Extremität  
 beidseits

**Verdacht auf eine PNP (periphere Polyneuropathie)**

PNP mit Sensibilitätsverlust vorhanden:     nein     ja     rechte untere Extremität    Lokalisation:  
 links untere Extremität  
 beidseits

**Risikobewertung:**

**Risiko** für ein DFS bzw. bestehende Fußläsion gegeben =

**Überweisung an Diabetologische Fußambulanz**

**Mögliche Kriterien für erhöhte Risikobewertung:**

- erhebliche Auffälligkeiten in der Anamnese
- auffälliger Fußstatus
- Verdacht auf einen Charcot-Fuß
- Verdacht auf eine pAVK
- Stoffwechselstörungen (Ätiologie:.....)
- langanhaltender riskanter HbA<sub>1c</sub>
- Neuropathie (Ätiologie: .....
- Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
- Manifeste Folgeerkrankungen Makro- und Mikroangiopathie an anderen Organen
- Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- erhebliche Visuseinschränkung
- Arthropathie Hüfte / Knie / OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigungen / Kontraktur
- motorische Funktionseinschränkungen (Parese eines oder beider Beine, .....
- erhebliche globale Bewegungseinschränkungen (.....)
- Adipositas ab 2 Grad
- Immunsuppression

**kein** erhöhtes Risiko für eine DFS bzw. **kein** bestehendes DFS gegeben = weitere **DMP-Betreuung**

DMP-Fußuntersuchung     jährlich     ½ jährlich     ¼ jährlich     öfter  
Fußpass ausgegeben     grün     gelb     rot

Datum:

Unterschrift: