

3. Protokollnotiz vom 01.04.2014 zur Anlage 12 zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Thüringen (DFS Thüringen) vom 22.12.2011 zwischen der AOK PLUS und der KVT

Anlage 12
Muster des „Fußdokumentationsbogens“

- Kopiervorlage -

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



DFS Thüringen

Fußdokumentationsbogen

Hausarzt/überweisender Arzt:
 Stempel/Unterschrift des Hausarztes

Anamnese

Fußbefund vom ..:
 T T M M J J J J

Läsion:

rechts

nein ja

Läsion besteht seit: ..
 T T M M J J J J

links

nein ja

..
 T T M M J J J J

Auslöser:

Rezidiv:

nein ja

nein ja

Rezidivfreie Zeit in Monaten:

MRSA:

nein ja

nein ja

Medikamente:

Lokalisation/Beschreibung/Größe:

	rechts							links						
Foto														
Wundheilungsstadium														
Ausdehnung nach Wagner/Armstrong (W/A)		0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	4	5
A								A						
B								B						
C								C						
D								D						

Bemerkungen:

rechts

DOAP nein ja

Sanders

Levin

Charcot-Fuß, akut nein ja

Charcot-Fuß, chron. nein ja

PAVK nein ja

Bypass nein ja, letzter am:

□□.□□.□□□□
T T M M J J J J

PTA nein ja, letzte am:

□□.□□.□□□□
T T M M J J J J

Periph. Neuropathie nein ja

Fußwunde abgeheilt am:

□□.□□.□□□□
T T M M J J J J

KH-Einweisung: nein ja, am:

□□.□□.□□□□
T T M M J J J J

KH-Entlassung am: □□.□□.□□□□ mit W/A □/□
T T M M J J J J

Minoramputationen: nein ja

Majoramputationen: nein ja

links

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja

nein ja, letzter am:

□□.□□.□□□□
T T M M J J J J

nein ja, letzte am:

□□.□□.□□□□
T T M M J J J J

nein ja

□□.□□.□□□□ mit W/A □/□
T T M M J J J J

Diabetes/Fußbezogene Diagnosen (ICD-10):

□□□.□□ □ □ □□□.□□ □ □ □□□.□□ □ □

Diabetes mellitus:

Typ 1 Typ 2 anderer

seit: □□.□□□□ □□.□□□□ □□.□□□□
M M J J J J M M J J J J M M J J J J

Behandlung mit:

Weiterführende Therapien:

Wundauflagen _____

Hilfsmittel _____

Medikamente _____

Heilmittel _____

Fußambulanz:

LANR: □□□□□□□□

Datum: □□.□□.□□□□
T T M M J J J J

.....
 Stempel/Unterschrift der Fußambulanz