

Diabetes-Pass

Name

Geburtsdatum / *date of birth*

Überarbeitete Auflage Januar 2017

DIABETES



Schweizerische Diabetes-Stiftung
Schweizerische Diabetes-Gesellschaft

Persönliche Angaben / Personal data

Name _____

Strasse / Street _____

Ort / City _____

Land / Country _____

Tel. / Phone _____

AHV-Nr. / Social Security no. _____

E-Mail _____

Behandelnder Arzt / Physician

Name _____

Tel., Phone _____

E-Mail _____

In Notfällen zu informieren / Emergency contact

Name _____

Tel. / Phone _____

Hinterlegungsort meiner Patientenverfügung:

I have registered a living will with:

IN AN EMERGENCY

In case you find me disoriented or confused this may be a sign of low blood sugar.

Please give me some form of sugar (20 g), e.g. 200 ml sugary drink (not a diet drink) or dextrose tablet. If my situation does not improve within 10 minutes call a doctor or an ambulance.

If I am unconscious do not give me anything by mouth.
Call a doctor or an ambulance immediately.

IM NOTFALL

Falls ich mich ungewöhnlich verhalte und den Eindruck erwecke, als wäre ich betrunken, kann das ein Zeichen einer Unterzuckerung sein.

Bitte geben Sie mir 20 g Zucker, z.B. als 2 dl gesüßtes Getränk (nicht die light-Variante) oder mind. 4 Stück Traubenzucker oder Würfelzucker. Verbessert sich mein Zustand nicht innert 10 Minuten, rufen Sie einen Arzt oder den Notfalldienst.

Falls ich bewusstlos bin, geben Sie mir nichts und rufen Sie sofort einen Arzt oder den Notfalldienst.

Tragen Sie Ihren Gesundheits-Pass
immer bei sich!

Damit Ihre Reisen komplikationslos ablaufen, tun Sie gut daran, diese umsichtig zu planen. Dies gilt **insbesondere für Flugreisen**.

Es ist offiziell **erlaubt, Insulin an Bord** eines Flugzeugs mitzunehmen. Dennoch müssen Diabetes-Betroffene **ein Attest ihres behandelnden Arztes** (S. 4) vorzeigen können, welches über die Diabeteserkrankung und die Notwendigkeit, gewisse Utensilien mit sich zu führen, Auskunft gibt.

Das ärztliche Attest kann Ihnen als detaillierte Checkliste für Ihr Diabetes-Zubehör dienen. Nehmen Sie **zusätzlich** mit:

- Impfausweis
- Blutzuckerkontrollheft
- Ersatz-Blutzuckermessgerät und Zubehör
- Ersatzmaterial für die Insulin-Injektion
- Traubenzucker
- Reiseapotheke

Es empfiehlt sich, **das Material auf Handgepäck und Koffer** aufzuteilen (ausser Insulin: nur ins Handgepäck). Nicht jedes Gepäckstück kommt an!

Beachten Sie beim Insulin die Lagerungsvorschriften: Insulin darf nicht gefrieren und nicht der Sonne ausgesetzt werden.

Weitere wichtige Informationen, insbesondere auch zur Therapieanpassung bei Reisen mit Zeitverschiebung, finden Sie in der **Broschüre «Diabetes & Flugreisen»** auf www.diabetesschweiz.ch

Der Inhaber dieses Passes hat Diabetes und muss auf Reisen folgende Gegenstände mitführen:

The owner of this passport has Diabetes and needs to carry the following items while travelling:

- Tabletten / *Tablets*
- Insulinampullen / *Insulin cartridges*
- Insulinpumpe mit Zubehör / *Insulin pump with accessories*
- Insulin-Pen und Nadeln oder Spritzenset / *Insulin pen and needles or injection set*
- Glukagon-Pen und Nadeln oder Spritzenset / *glucagon: pen and needles or injection set*
- GLP-1 Agonisten, Pen und Nadeln oder Spritzenset / *GLP-1 Agonists, pen and needles or injection set*
- Blutzucker-Messgerät / *Blood glucose meter*
- Blutlanzetten mit Gerät / *Blood lancets with pricking device*
- Teststreifen (Blutzucker oder Keton) / *Test strips (blood glucose or Ketone)*

Stempel, Unterschrift / *Stamp, Signature*

Aktualisieren Sie regelmässig - insbesondere vor Auslandsreisen - Ihre Medikamentenliste, indem Sie neue Medikamente hinzufügen und nicht mehr verwendete durchstreichen. Oder legen Sie eine aktualisierte Medikamentenliste bei.

Verschriebene Medikamente (die Sie immer einnehmen), *prescribed medications*:

**Name, Wirkstoff /
active ingredient**

Dosierung / dose

Name, Wirkstoff / active ingredient	Dosierung / dose

**Name, Wirkstoff /
active ingredient**

Dosierung / dose

Name, Wirkstoff / active ingredient	Dosierung / dose

Name, Wirkstoff /
active ingredient

Dosierung / dose

Verschriebene Insuline / *prescribed insulins:*

Selbstgekaufte Medikamente / over the counter medication (die Sie regelmässig einnehmen):

Medikamenten-Unverträglichkeiten / medication allergies:

Stammapotheke / my pharmacy:

Name:

Ort / City:

Tel. / Phone:

Fax:

E-Mail:

Stellen Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt **ein individuell auf Sie für Sie zugeschnittenes Schema** für Blutzucker-Selbstmessungen zusammen (S. 9) oder fragen Sie ihn nach dem für Sie passenden Standard-Schema:

Individuell empfohlene Blutzuckermessungen

Zeitraum: Von _____ bis _____

Visum Arzt, Datum: _____

	Morgen		Mittag		Abend		Bettruhe vorher
Mo							
Di							
Mi							
Do							
Fr							
Sa							
So							

= vor dem Essen, = 1 Stunde nach Ende der Mahlzeit

Drei Tage vor der nächsten Arztkonsultation:

-3								
-2								
-1								

Abb. 1: Empfehlung Blutzuckermessungen für niedrige Häufigkeit

Visum Arzt, Datum: _____

	Morgen		Mittag		Abend		Bettruhe vorher
Mo	X	X					
Di							
Mi			X	X			
Do							
Fr							
Sa					X	X	
So							

= vor dem Essen, = 1 Stunde nach Ende der Mahlzeit

Drei Tage vor der nächsten Arztkonsultation:







-3	X	(X)	X	(X)	X	(X)	X	
-2	X	(X)	X	(X)	X	(X)	X	
-1	X	X	X	X	X	X	X	



(x) = freiwillige Messung

Abb. 2: Empfehlung Blutzuckermessungen für mittlere Häufigkeit



Visum Arzt, Datum: _____

	Morgen		Mittag		Abend		Betruhe vorher
							
Mo	X		X		X		X
Di	X		X		X		X
Mi	X	(X)	X		X		X
Do	X		X		X		X
Fr	X		X		X		X
Sa	X		X		X	(X)	X
So	X		X		X		X




 = vor dem Essen,  = 1 Stunde nach Ende der Mahlzeit

(x) = freiwillige Messung

Abb. 3: Empfehlung Blutzuckermessungen für hohe Häufigkeit



Visum Arzt, Datum: _____

	Morgen		Mittag		Abend		Betruhe vorher
							
Mo	X	X	X		X	X	X
Di	X		X	X	X		X
Mi	X		X		X	X	X
Do	X	X	X	X	X	X	X
Fr	X	X	X		X		X
Sa	X		X	X	X		X
So	X		X		X	X	X

 = vor dem Essen,  = 1 Stunde nach Ende der Mahlzeit

In gewissen Situationen wird Ihr Arzt zusätzliche Selbstmessungen empfehlen, z.B.:

- bei intensiver **körperlicher Aktivität**
- bei Teilnahme am **Strassenverkehr** (siehe nächste Seite)
- bei **Schichtarbeit**
- bei längeren **Reisen** mit Zeitverschiebung
- bei **akuten Erkrankungen**
- _____
- _____

Allgemein:

- Führen Sie **immer rasch verwertbare Kohlenhydrate** (z.B. normale Cola oder Fruchtsaft) und bei Fahrzeiten über einer Stunde Verpflegung für Unterwegs (z.B. Getreides-tengel, Obst, Darvida) im Auto mit sich.
- Nehmen Sie Ihr **Blutzuckermessgerät** mit.
- Halten Sie die Essenszeiten ein und verzichten Sie auf das Fahren unter Alkoholeinfluss.

Sind Sie nicht nur mit **Basalinsulin alleine, Gliclazid (Diamicron®) oder mit Gliniden** behandelt, beachten Sie folgendes:

Vor der Fahrt:

- Messen Sie Ihren Blutzucker **vor jeder Fahrt**:
- Liegt Ihr Blutzucker **unter 5 mmol/l: Nicht fahren!** Nehmen Sie 20 g Kohlenhydrate (z.B. 2 dl Cola oder Fruchtsaft) zu sich und messen Sie erneut nach 20 Minuten.
- Liegt Ihr Blutzucker zwischen 5 und 7 mmol/l: Nehmen Sie 10 g Kohlenhydrate zu sich.

Während der Fahrt

- Bei **ersten Anzeichen einer Unterzuckerung**:
- **Sofort anhalten! Warnblinkanlage einschalten.** Nehmen Sie 20 g Kohlenhydrate ein. **Erst weiterfahren**, wenn der **Blutzucker über 5 mmol/l** liegt.
- Machen Sie bei längeren Fahrten alle 1 bis 1 ½ Stunden eine Pause zur Blutzuckerkontrolle und nehmen Sie bei Werten zwischen 5 und 6 mmol/l 10 g Kohlenhydrate ein.

Mehr Informationen finden Sie hier: www.diabetesschweiz.ch

Möglichst viel über Diabetes zu wissen, bedeutet für Sie, selbständiger zu sein. Kümmern Sie sich darum, durch Ihren Arzt oder Ärztin, Ihre/n DiabetesfachberaterIn oder Ihre/n ErnährungsberaterIn möglichst umfassend geschult zu werden. Frischen Sie gelegentlich Ihre Kenntnisse auf. Sprechen Sie Ihren Arzt auf Schulungsangebote oder diabetische Rehabilitationsprogramme an.

Schulungsthema

Datum

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse über Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | |
| <input type="checkbox"/> Behandlung mit Tabletten | |
| <input type="checkbox"/> Behandlung mit Insulin | |
| <input type="checkbox"/> Blutzucker-Selbstmessung | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes & Autofahren | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes & Reisen | |
| <input type="checkbox"/> Hypoglykämie | |
| <input type="checkbox"/> Fusspflege, Fusshygiene | |
| <input type="checkbox"/> Spätkomplikationen | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes & Sport | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes bei Krankheit | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes & Schwangerschaft | |
| <input type="checkbox"/> Berufswahl mit Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> | |

Wichtige Kontrollbesprechungen

Jahr:

Wie häufig?	alle 3-6 Monate	an jedem Termin	an jedem Termin	bei Bedarf
Datum	HbA1c-Wert	Blutdruck-Wert	Gewicht	Anzahl Hypoglykämien
Zielwerte	6.5-8.0%	<140/90 mmHg		
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				

Jährliche Kontrolluntersuchungen

Jahr:

Untersuchung	Datum	Bemerkung
Fusskontrolle		
<input type="checkbox"/> Hautbild		
<input type="checkbox"/> Sensibilität		
<input type="checkbox"/> Durchblutung		
<input type="checkbox"/> Deformitäten		
<input type="checkbox"/> Schuhe		
Nierenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Serumkreatinin		
<input type="checkbox"/> Mikroalbuminurie		
Blutfette		
<input type="checkbox"/> TC/HDL		
<input type="checkbox"/> LDL		
<input type="checkbox"/> Triglyceride		
Augenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Retinopathie		
Weiteres		
<input type="checkbox"/> Tabak		
<input type="checkbox"/> Bewegung		
<input type="checkbox"/>		

Jahr:

Jahr:

Wie häufig?	alle 3-6 Monate	an jedem Termin	an jedem Termin	bei Bedarf
Datum	HbA1c-Wert	Blutdruck-Wert	Gewicht	Anzahl Hypoglykämien
Zielwerte	6.5-8.0%	<140/90 mmHg		
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				

Untersuchung	Datum	Bemerkung
Fusskontrolle		
<input type="checkbox"/> Hautbild		
<input type="checkbox"/> Sensibilität		
<input type="checkbox"/> Durchblutung		
<input type="checkbox"/> Deformitäten		
<input type="checkbox"/> Schuhe		
Nierenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Serumkreatinin		
<input type="checkbox"/> Mikroalbuminurie		
Blutfette		
<input type="checkbox"/> TC/HDL		
<input type="checkbox"/> LDL		
<input type="checkbox"/> Triglyceride		
Augenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Retinopathie		
Weiteres		
<input type="checkbox"/> Tabak		
<input type="checkbox"/> Bewegung		
<input type="checkbox"/>		

Wichtige Kontrollbesprechungen

Jährliche Kontrolluntersuchungen

Jahr:

Jahr:

Wie häufig?	alle 3-6 Monate	an jedem Termin	an jedem Termin	bei Bedarf
Datum	HbA1c-Wert	Blutdruck-Wert	Gewicht	Anzahl Hypoglykämien
Zielwerte	6.5-8.0%	<140/90 mmHg		
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				

Untersuchung	Datum	Bemerkung
Fusskontrolle		
<input type="checkbox"/> Hautbild		
<input type="checkbox"/> Sensibilität		
<input type="checkbox"/> Durchblutung		
<input type="checkbox"/> Deformitäten		
<input type="checkbox"/> Schuhe		
Nierenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Serumkreatinin		
<input type="checkbox"/> Mikroalbuminurie		
Blutfette		
<input type="checkbox"/> TC/HDL		
<input type="checkbox"/> LDL		
<input type="checkbox"/> Triglyceride		
Augenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Retinopathie		
Weiteres		
<input type="checkbox"/> Tabak		
<input type="checkbox"/> Bewegung		
<input type="checkbox"/>		

Jahr:

Jahr:

Wie häufig?	alle 3-6 Monate	an jedem Termin	an jedem Termin	bei Bedarf
Datum	HbA1c-Wert	Blutdruck-Wert	Gewicht	Anzahl Hypoglykämien
Zielwerte	6.5-8.0%	<140/90 mmHg		
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				
Mein Ziel				
bis:				

Untersuchung	Datum	Bemerkung
Fusskontrolle		
<input type="checkbox"/> Hautbild		
<input type="checkbox"/> Sensibilität		
<input type="checkbox"/> Durchblutung		
<input type="checkbox"/> Deformitäten		
<input type="checkbox"/> Schuhe		
Nierenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Serumkreatinin		
<input type="checkbox"/> Mikroalbuminurie		
Blutfette		
<input type="checkbox"/> TC/HDL		
<input type="checkbox"/> LDL		
<input type="checkbox"/> Triglyceride		
Augenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Retinopathie		
Weiteres		
<input type="checkbox"/> Tabak		
<input type="checkbox"/> Bewegung		
<input type="checkbox"/>		

Regelmässige Bewegung und ein **gesundes Körpergewicht** sind wichtig für eine gute Stoffwechselkontrolle:

Rund 150 Minuten Bewegung pro Woche (30 Minuten an 5 Tagen pro Woche) sind empfohlen. Es muss sich dabei nicht um ein Sportprogramm handeln - im Alltag integrierter Aktivität (auf dem Weg zur Arbeit, im Haushalt, in der Freizeit) genügt.

Vermeiden Sie Übergewicht. **Bei Übergewicht** können bereits 3-5 kg Gewichtsverlust Ihre Blutzucker-, Blutdruck- und Blutfettwerte verbessern. Streben Sie eine **langsame, nachhaltige Gewichtsabnahme** an.

1. Realistische Ziele setzen und festhalten

Wichtig ist, dass Sie sich regelmässig Ziele setzen, die Sie auch erreichen können. **Halten Sie diese schriftlich fest.**

2. Konkrete Massnahmen planen

Suchen Sie ganz bewusst nach Möglichkeiten, Ihre Ziele zu erreichen. **Planen Sie**, welche **Massnahmen Sie konkret umsetzen** wollen (z.B. einmal pro Woche mit dem Velo zur Arbeit fahren, nach dem Nachtessen nicht naschen, usw.).

3. Erfolg kontrollieren und sich belohnen

Kontrollieren Sie regelmässig Ihren **Fortschritt** und steigern Sie Ihre Ziele, wenn Sie diese erreicht haben. Vergessen Sie nicht, sich für das Erreichen Ihrer Ziele auch zu **belohnen!** Sollten Sie Ihr Ziel nicht erreichen, so **lassen Sie sich nicht entmutigen!** Besprechen Sie mit einer Fachperson oder Gleichbetroffenen, **was Sie daran gehindert** hat - vielleicht finden Sie gemeinsam kreative Lösungsideen.

	wöchentlich	1 bis 2x monatlich	bei Bedarf
	Bewegung in Minuten pro Woche	Gewicht	Tabakkonsum pro Tag
Mein Ziel			
bis:			
Wie ging es mir dabei?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mein Ziel			
bis:			
Wie ging es mir dabei?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mein Ziel			
bis:			
Wie ging es mir dabei?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Mein Ziel			
bis:			
Wie ging es mir dabei?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞

Informationen, Hilfe und Unterstützung:

Wenn Sie spezieller Hilfe bedürfen oder zusätzliche Informationen haben möchten, fragen Sie Ihren Arzt, Ihren Apotheker oder Ihre regionale Diabetes-Gesellschaft nach entsprechenden Möglichkeiten.

Abonnieren Sie die Zeitschrift für Diabetes-Betroffene «d-Journal» und treten Sie Ihrer regionalen Diabetes-Gesellschaft bei. Mehr Informationen erhalten Sie unter www.diabetesschweiz.ch

Schweizerische Diabetes-Gesellschaft

Rütistrasse 3a
CH-5400 Baden
Tel. 056 200 17 90, Fax 056 200 17 95
www.diabetesschweiz.ch

d-journal

Postfach 1645
CH-5400 Baden
d-journal@diabetesschweiz.ch

Schweizerische Diabetes-Stiftung

Rütistrasse 3a
CH-5400 Baden
Tel. 056 200 17 55, Fax 056 200 17 95
www.diabetesstiftung.ch

[Unkostenbeitrag CHF 2.—
zugunsten der Schweizerischen Diabetes-Stiftung](#)

Andere wichtige Adressen, Notizen: (z.B. Diabetesfacharzt, Augenarzt)

Herausgeber: Schweizerische Diabetes-Stiftung und Schweizerische Diabetes-Gesellschaft.

Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg

Wir danken der Expertengruppe, die im Rahmen des QualiCCare-Projekts die Überarbeitung dieses Passes begleitet hat, und allen übrigen Partnern, welche die Realisation ermöglicht haben.