

# Lipo-Pass (Praxisblatt für die Patientenunterlagen)

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**1. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**3. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**4. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Der Patient steht zum Erfassen und Ausmessen der Lipohypertrophien in aufrechter und entspannter Haltung. Die Injektionszonen sind dabei nicht durch Kleidung verdeckt.

## Stadium der Lipohypertrophie

- 0: Nichts zu sehen, nichts zu tasten
- 1: Nichts zu sehen, etwas zu fühlen
- 2: Sicht- und tastbare Schwellung
- 3: Sicht- und tastbare Schwellung mit Hautveränderungen

## Lage der Lipohypertrophie

**Betreffende Stelle(n) einzeichnen**

| Links* | Rechts* |
|--------|---------|
|        |         |
| Bauch  |         |
|        |         |
| Bein   |         |
|        |         |
| Gesäß  |         |

\* Sicht auf den Patienten

# Lipo-Pass (Patientenblatt, bitte zu jedem Termin mitbringen)

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**1. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**3. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**4. Visite am** \_\_\_\_\_

| Wo?                            | Stadium | B x H in cm   |
|--------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Bein  | _____   | _____ x _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesäß | _____   | _____ x _____ |

Tagesinsulindosis I.E. (Bolus/Basal): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Hinweise zur korrekten Insulininjektion

- Spritzen Sie nur in Stellen **OHNE** Lipohypertrophie!
- Verwenden Sie für **JEDE** Injektion eine neue Pen-Nadel!
- Wählen Sie **IMMER** eine neue Injektionsstelle mit **mindestens 1 cm** Abstand zur vorherigen!
- Wechseln Sie die Seiten der Injektionszone **WÖCHENTLICH (links ↔ rechts)**!

## Lage der Lipohypertrophie

**NICHT in die markierte(n) Stelle(n) spritzen!**

| Links | Blick in den Spiegel | Rechts |
|-------|----------------------|--------|
|       |                      |        |
| Bauch |                      |        |
|       |                      |        |
| Bein  |                      |        |
|       |                      |        |
| Gesäß |                      |        |

Weitere Informationen zum Thema unter [www.nadelwechsel.de](http://www.nadelwechsel.de)