

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(Kinder / Jugendliche von 1 bis 17 Jahren)

(Ergänzung zur Krankenseinweisung)

Versichert bei	
Name, Vorname, Adresse	O Frau O Herr geb. am Alter
Datum: _____	
Pflegestufe O nein O ja (welche? _____)	
<input type="radio"/> Typ 1-Diabetes mellitus <input type="radio"/> Typ 2-Diabetes mellitus <input type="radio"/> sonstige Formen	
Aufnahme-Indikation(en)	
<hr/> <hr/> <hr/>	

Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

nein ja

W-CA* **W-EZ*** **W-DZ**

* nicht möglich während Kinder-/Jugendkurs

W-AP

Termin am _____

AID _____

Telefon-Nr. Patient/in, Handy, Email *

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

- Insulin nein ja, wieviel IE/Tag? _____
 Insulinpumpentherapie nein ja
Insulinpumpeneinstellung **Neu** **Wechsel**
 Ü wenn ja, weiter siehe Seite 2
- CGM nein ja, welches? _____ s. Seite 2
- akute Beschwerden nein ja
 welche: _____
- aktueller HbA_{1c}-Wert _____
 BZ-Werte: _____
- Erstdiagnose (T/M/J): _____
- Gewichtsverlust (akut) nein ja
 Größe _____ cm / Gewicht _____ kg
- Patient/in im Alter ab 1 bis 5 Jahre nein ja
- orale Medikation nein ja

 (L-Thyroxin / Metformin / Sonstige)
- Hypoglykämie-Probleme nein ja
 welche? _____
 Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____
 erkennt BZ < 50 mg/dl nein ja
- Folgeerkrankungen nein ja
 welche? _____
- Verständigungsprobleme? nein ja
 wenn ja, welche Sprache? _____
- besondere/wechselnde Belastung, z. B.
 Leistungssport _____
- KIGA/Schultyp? _____
 Hortbetreuung: nein ja
- Wickelkind nein ja
- Kinderbett (Gitterbett) erforderlich nein ja
- weitere Erkrankungen [z.B. AD(H)S, Allergien, Asthma, Depression, Schilddrüsenerkrankung, Zöliakie, Behinderung]
 nein ja (welche? _____)

- Patient/-in ist eingeschrieben in DMP/DPV Diabetes
 nein ja, DMP ja, DPV
 Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP)
 oder Kinder-Klinik-Ambulanz?
 nein ja (welcher Diabetologe/DSP, Ort?)

O amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg
- Patient/-in war schon stationär in unserer Klinik?
 nein ja (wann? _____)
- Multiresistente Erreger**
 MRSA/MRGN/VRE aktuell nein ja
 früher nein ja
 Risikopatient/in nach RKI nein ja
 z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht
 o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt)
- Wer ist sorgeberechtigt? Mutter Vater
 beide Eltern Sonstige _____
- Bei wem lebt das Kind? Mutter Vater
 beide Eltern Einrichtung der Jugendhilfe
 sonstige _____
- Bestanden oder bestehen Erziehungshilfen von
 Seiten des Jugendamtes? nein ja
- Lagen bereits kinder-/jugendpsychiatrische
 Aufenthalte vor? (wenn ja, bitte Arztbriefe mitbringen)
 nein ja (wann? _____)
 Psychotherapie?
 nein ja (wann? _____)
- Bitte für folgende Kurse/Gruppen gesonderte
 Anmeldeunterlagen anfordern:
 Kinderkurs **Jugendkurs** **Eltern-Kind-Kurs**
 Telefon 07931 594-517 oder Internet:
<https://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/downloads/>

* Patient/in hat der Übermittlung und Verwendung der E-Mail-Adresse zugestimmt

Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:

(Befund / psychosoziale Probleme / besondere Medikation)

Zusätzliche Infos zu Ihren Diabetestechnologien (zu Punkt 1/2 siehe Vorderseite)

Pumpe: t:slim Omnipod DASH Omnipod 5 YpsoPump Accu-Chek Insight
 Medtronic Modell _____ Sonstige _____

CGM: Libre 3 Dexcom G6 Dexcom G7 Guardian 3 Guardian 4
 Sonstige _____

VOR dem Klinikaufenthalt ist bei Pumpeneinstellung eine technische Einweisung zwingend erforderlich!

Technische Einweisung bereits erfolgt

ja nein

Für Pumpen mit AID-Funktion: Soll der AID-Modus bei uns gestartet werden?

ja nein, bitte Kommentar: _____

Herrn Chefarzt
Prof. Dr. med. Thomas Haak
Diabetes-Klinik Bad Mergentheim
Postfach 12 43
97962 Bad Mergentheim

Telefax: 07931 594-111