

# Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(Download [www.diabetes-klinik-mergentheim.de](http://www.diabetes-klinik-mergentheim.de) oder Telefon 07931 594-101).

Versichert bei	
Name, Vorname, Adresse	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr geb. am Alter
Datum:	
<input type="radio"/> Typ 1-Diabetes mellitus <input type="radio"/> Pankreopriver Diabetes	<input type="radio"/> Typ 2-Diabetes mellitus <input type="radio"/> sonstige Formen
Aufnahme-Indikation(en) / aktuelle Beschwerden	
Patient/in ist eingeschrieben im DMP Diabetes <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (welche DSP, Ort?) _____	
<b>Ü</b> Ist ein Entlassmanagement notwendig? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (s. Seite 2)	
Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Name/Telefon _____	

## Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

nein  ja

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

**W-AP**

**Termin am** \_\_\_\_\_

**Terminwunsch** (nach Kapazität) \_\_\_\_\_

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<p>1) Patient/in war schon stationär bei uns? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Wann? _____)</p> <p>2) Erstdiagnose: Monat/Jahr _____</p> <p>3) aktueller <b>HbA<sub>1c</sub></b>-Wert _____ höchster BZ-Wert im letzten Monat: _____</p> <p>4) Aktuelles Gewicht _____ kg / Größe _____ cm</p> <p>5) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wieviel IE/Tag? _____ Patient hat CSII <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <b>Insulinpumpeneinstellung</b> <input type="radio"/> Neu <input type="radio"/> Wechsel <b>Ü</b> wenn ja, weiter siehe Seite 2</p> <p>6) CGM <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches? _____ s. Seite 2</p> <p>7) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>8) Hypoglykämien &lt; 60 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>9) Spezielle Komplikationen: Long-Covid <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Nephropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Dialysepflicht <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bauchfell(Peritoneal)dialyse <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Retinopathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Katarakt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Starke Sehbeeinträchtigung/blind <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Neuropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Sexualstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Steatosis hepatis <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Arthropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 10) <b>bestehende Schwangerschaft:</b> jetzt _____ SSW</p> <p><input checked="" type="radio"/> 11) <b>Fußulcus akut</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden &lt; 10 Tage alt) Wunde _____ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Z. n. Fußulcus (abgeheilt) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Charcot-Fuß <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Z. n. Amputation untere Extremität <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p><b>Multiresistente Erreger</b> MRSA/MRGN/VRE <input type="radio"/> aktuell <input type="radio"/> früher <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Risikopatient/in nach RKI <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden &lt; 5 Tage alt)</p> <p>Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Rollator <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>12) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> O<sub>2</sub>-Versorgung erforderlich, Firma: _____</p> <p>13) Kommunikationsproblem (Sprache) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Welche Sprache? _____ Dolmetscher notwendig/wird mitgebracht? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>14) Behinderung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Behinderungsart? _____</p> <p>15) Begleitperson erforderlich <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Begründung _____</p> <p>16) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>
--	---

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

## Anmeldung für Spezial-Gruppe (erst ab 18 Jahren!)

Spezial-Gruppen sind **ausschließlich für Typ 1-Diabetiker** ab 18 Jahren wählbar. Es kann nur eine einzige Gruppe gewählt werden. Die Spezial-Gruppen finden nicht kontinuierlich statt.

Bitte nur eine Spezial-Gruppe ankreuzen:

- Hypoglykämie-Wahrnehmung Typ 1-Diabetes (findet 1x jährlich statt)
- Hypoglykämie-Angst Typ 1-Diabetes (findet 2x jährlich statt)
- Diabetes-Akzeptanz Typ 1-Diabetes (findet 5x jährlich statt)
- Junge Erwachsene (18-25 Jahre) Typ 1-Diabetes (findet 2x jährlich statt)

**Für Spezial-Gruppen bitte noch zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden:**

Termine & Anmeldung: siehe Download auf der Website [www.diabetes-klinik-mergentheim.de](http://www.diabetes-klinik-mergentheim.de) oder Tel. 07931/594-517.

## Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:

(Befund / psychosoziale Probleme / besondere Medikation)

---

---

---

---

---

## Zusätzliche Infos zu Ihren Diabetestechnologien (zu Punkt 5/6 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 Pumpenersteinstellung eine technische Einweisung zwingend erforderlich!**

- Technische Einweisung bereits erfolgt     ja     nein  
AID- / Loop-Modus bei uns starten     ja     nein

## Ü Entlassmanagement

- 17) Bereits Pflegeeinstufung     nein     ja,  
Pflegegrad \_\_\_\_\_  
ambulanter Pflegedienst     nein     ja  
stationäres Pflegeheim     nein     ja
- 18) Ambulant betreutes Wohnen/  
Behinderteneinrichtung?     nein     ja  
Werkstatt für Menschen  
mit Behinderung?     nein     ja
- Namen, Telefon, Kontaktdaten  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Namen, Telefon, Kontaktdaten (bitte von allen Beteiligten)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Telefax: 07931 594-111