

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(Download www.diabetes-klinik-mergentheim.de oder Telefon 07931 594-101).

VA-023-03-24

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"/> Typ 2-Diabetes mellitus <input type="radio"/> Pankreopriver Diabetes <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?) amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg	
<input checked="" type="radio"/> Ist ein Entlassmanagement notwendig? <input type="radio"/> nein 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

1) Patient/in war schon stationär bei uns? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Wann?)) 2) Erstdiagnose: Monat/Jahr 3) aktueller HbA_{1c} -Wert höchster BZ-Wert im letzten Monat: 4) aktuelles Gewicht kg / Größe cm 5) Insulin nein ja, wieviel IE/Tag? Patient hat CSII nein ja Insulinpumpeneinstellung Neu Wechsel <input checked="" type="radio"/> wenn ja, weiter siehe Seite 2 6) CGM <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches? 7) orale Medikation nein ja 8) Hypoglykämien < 60 mg/dl nein ja Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja 9) Spezielle Komplikationen: Long-Covid nein 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/ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja blind 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	➤ 10) bestehende Schwangerschaft: jetzt SSW ➤ 11) Fußulcus akut nein ja (wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden < 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 Multiresistente Erreger MRSA/MRGN/VRE aktuell <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja 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, Tier- zucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt) Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Rollator ja Rollstuhl ja 12) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> kontin. O ₂ -Versorgung erforderlich, Firma: 13) Kommunikationsproblem (Sprache) nein ja Welche Sprache? Dolmetscher notwendig/wird mitgebracht? nein ja 14) Behinderung nein ja Behinderungsart? 15) Begleitperson erforderlich nein ja Begründung 16) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz nein ja
---	--

* 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 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 Medtronic Modell	Omnipod DASH	Omnipod 5 Sonstige	YpsoPump	Accu-Chek Insight
CGM:	Libre 3 Sonstige	Dexcom G6	Dexcom G7	Guardian 3	Guardian 4

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

↻ Entlassmanagement

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

Herrn Chefarzt

Prof. Dr. med. Thomas Haak

Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Postfach 12 43

97962 Bad Mergentheim

Telefax: 07931 594-111