

# VORANMELDUNG DIABETESEINSTELLUNG JUGENDLICHER 2024

(Jugendliche von 13 - 17 Jahren)

Zusätzlich wird die Checkliste für Kinder/Jugendliche vom einweisenden Arzt benötigt.

Diabetes Zentrum Mergentheim  
Bereich Psychodiabetologie  
Theodor-Klotzbücher-Str. 12  
97980 Bad Mergentheim

**Name:** .....  
**Vorname:** .....  
**Straße:** .....  
**PLZ / Ort:** .....  
**geb.:** .....

männlich  
 weiblich



**Erziehungsberechtigte/r:** .....  
Wenn beide Eltern sorgeberechtigt sind und getrennt leben, bitte Adresse und Telefonnummer des zweiten Elternteils angeben.

Liegt eine Vormundschaft vor?  ja  nein

Wenn ja, Name, Adresse, Telefonnummer: .....

**Telefon:** ..... **E-Mail:** .....

**Aktueller HbA<sub>1c</sub>:** ..... **Gemessen am:** .....

**Trägst du eine Insulinpumpe?**  ja  nein

Für Jugendliche, die eine Insulinpumpe tragen, bieten wir auf das jeweilige Pumpenmodell abgestimmte Kursinhalte an. **Mit welchem Pumpenmodell nimmst du am Jugendkurs teil?**

t:slim  Medtronic (alle Modelle)  YpsoPump  Omnipod DASH  Omnipod 5  Sonstiges.....

**Ist eine Insulinpumpenersteinsetzung geplant?**  ja  nein

(dies ist nicht im Rahmen eines Jugendkurses möglich)

**Krankenkasse:** ..... **Diabetesdauer:** ..... **Diabetestyp:** .....

**Hausarzt:** .....

**Diabetologe / Schwerpunkt-  
praxis / Ambulanz:** .....

Warst du schon Patient im Diabetes Zentrum Mergentheim?  ja  nein

Wenn ja, wann?  Kinderkurs .....  Jugendkurs .....  außerhalb eines Kurses .....

Wann und wo war deine letzte Diabetesbehandlung in einem Krankenhaus? Welches Krankenhaus?

.....

Wie oft hast du schon eine Diabetesschulung besucht?  ambulante .....  stationär .....

Falls du SchülerIn bist: In welche Klasse/Schule gehst du? .....

Falls du eine Ausbildung machst: Welche Ausbildung machst du? .....

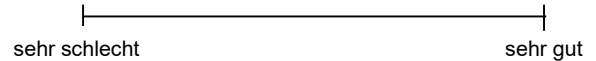
Bitte kreuze alle für dich möglichen Termine an:

- Jugendkurs Fasching 05./06. Februar – 15./16. Februar 2024 – NUR t:slim oder Pen-Therapie/ICT -AUSGEBUCHT-**
- Jugendkurs Pfingsten 21./22. Mai – 31. Mai/01. Juni 2024 - NUR Omnipod DASH oder Pen-Therapie/ICT**
- 1. Jugendkurs Sommer 15./16. Juli – 25./26. Juli 2024 - NUR YpsoPump oder Pen-Therapie/ICT**
- 2. Jugendkurs Sommer 29./30. Juli-08./09. Aug. 2024-NUR Medtronic (alle Modelle) oder Pen-Therapie/ICT**
- 3. Jugendkurs Sommer 26./27. August – 05./06. September 2024 – NUR t:slim oder Pen-Therapie/ICT -AUSGEBUCHT-**
- Jugendkurs Herbst 21./22. Oktober – 31. Okt./01. Nov. 2024 - NUR Omnipod 5 oder Pen-Therapie/ICT**

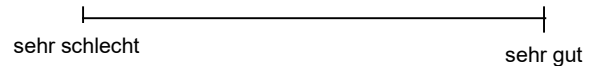
➤ Wie oft am Tag kontrollierst du im Durchschnitt deine Glukosewerte? .....

**Bitte markiere die Linie an der Stelle, die für dich passt:**

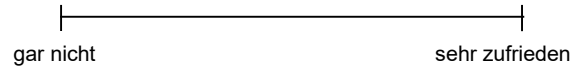
➤ Wie gut schätzt du dein Wissen über den Diabetes ein?



➤ Wie gut kommst du mit dem Diabetes zurecht?



➤ Wie zufrieden bist du mit deinen Glukosewerten?



➤ Hast du Probleme beim Spritzen oder Messen?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....  
.....

➤ Wie häufig hast du Unterzuckerungen?  täglich oder häufiger  wöchentlich  monatlich

Hast du nur leichte oder auch schwere Unterzuckerungen?

leichte Unterzuckerungen = eigenständige Kohlenhydrateinnahme

schwere Unterzuckerungen = Fremdhilfe notwendig

Treten Unterzuckerungen in besonderen Situationen auf (nachts, beim Sport, nach Alkoholkonsum)?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

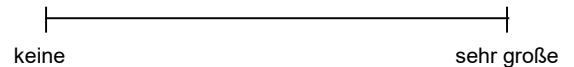
.....

Bitte füge die Glukosewerte deines Blutzuckermessgerätes oder die Momentaufnahme deines FGM/CGM-Gerätes der letzten 14 Tage bei.

➤ Hast du Schwierigkeiten in der Schule bzw. Ausbildung wegen des Diabetes?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

(Noten, LehrerInnen, Klassenkameraden, KollegInnen, Ausflüge)



.....  
.....

➤ Hast du mit deinen Eltern häufig Auseinandersetzungen wegen des Diabetes?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....  
.....

➤ Warum möchtest du am Jugendkurs teilnehmen?

.....

➤ Befindest du dich in Psychotherapie? Falls ja, seit wann und weshalb?

.....

➤ Gibt es sonst noch etwas Wichtiges zu erwähnen (z. B. Allergien, ADS, ADHS, sonstige Erkrankungen, Medikamente)?

.....

➤ Ernährung: Liegt eine besondere (z. B. vegan), traditionelle/kulturelle Ernährung bzw. Lebensstil vor? Hast du eine Nahrungsmittelunverträglichkeit oder Zöliakie?

.....

Ja, ich erlaube Kontakt über E-Mail.

Ich weiß, dass E-Mail-Informationen nicht vertraulich sind und ggfs. von Dritten gelesen werden können.

Nein, bitte verwenden Sie meine E-Mail-Adresse nicht.

**Erziehungsberechtigte/r:**

**Ich nehme am Aufnahme- und Entlassgespräch sowie an der Elternschulung (Samstag in der Mitte des Kurses) verbindlich teil**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Deine Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r