

# Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(Kinder / Jugendliche von 2 bis 17 Jahren)

(Ergänzung zur Krankenhauseinweisung)

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

## Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

ja  nein

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

\* nicht möglich während Kinder-/Jugendkurs

W-AP

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

Telefon-Nr. des Patienten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<p>1) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja IE/Tag, Verteilung _____ Insulinpumpe <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Pumpenmodell _____</p> <p>2) akute Beschwerden <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche: _____</p> <p>3) aktuelle Laborwerte HbA<sub>1c</sub> _____ BZ-Werte: _____ sonstige Werte: _____ Azeton im Urin: _____</p> <p>4) Erstdiagnose (T/M/J): _____</p> <p>5) Gewichtsverlust (akut) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Größe _____ cm / Gewicht _____ kg</p> <p>6) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ _____ <i>L-Thyroxin / Metformin / Sonstige</i></p> <p>7) Hypoglykämie-Probleme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche? _____ Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____ erkennt BZ &lt; 50 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>8) Folgeerkrankungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche? _____</p> <p>9) Verständigungsprobleme? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja wenn ja, Sprache: _____</p> <p>10) besondere/wechselnde Belastung, z. B. Leistungssport _____</p> <p>11) KIGA/Schultyp? _____ Hortbetreuung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>12) Wickelkind <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>	<p>13) Kinderbett (Gitterbett) erforderlich <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>14) weitere Erkrankungen [z.B. AD(H)S, Allergien, Asthma, Depression, Schilddrüsenerkrankung, Zöliakie, Behinderung] <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (welche/zuletzt wann? _____)</p> <p>15) Patient/-in ist eingeschrieben in DMP/DPV Diabetes <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, DMP <input type="radio"/> ja, DPV Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP) oder Kinder-Klinik-Ambulanz? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (welcher Diabetologe/DSP, Ort?) _____ <b><input type="radio"/> amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg</b></p> <p>16) Patient/-in war schon stationär bei uns? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wann? _____)</p> <p>17) Wer ist sorgeberechtigt? <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> beide Eltern <input type="radio"/> Sonstige _____</p> <p>18) Bei wem lebt das Kind? <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> beide Eltern <input type="radio"/> Einrichtung der Jugendhilfe <input type="radio"/> Sonstige _____</p> <p>19) Bestanden oder bestehen Erziehungshilfen von Seiten des Jugendamtes? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>20) Lagen bereits Kinder-/Jugendpsychiatrische Aufenthalte vor? (wenn ja, bitte Arztbriefe mitbringen) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wann? _____) Psychotherapie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wann? _____)</p> <p>21) Bitte für folgende Kurse/Gruppen gesonderte Anmeldeunterlagen anfordern: <b><input type="radio"/> Kinderkurs/Jugendkurs <input type="radio"/> Eltern-Kind-Kurs <input type="radio"/> Insulinpumpengruppe</b> Telefon 07931 594-517 oder Internet: <a href="http://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/de/downloads.html">www.diabetes-klinik-mergentheim.de/de/downloads.html</a></p>
---	---

**Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:**

(Befund / psychosoziale Probleme)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Telefax: 07931 594 111