

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

Für Kinder-/Jugend- und Junge Erwachsene-Kurse, Pumpen-Kurse bitte extra Checkliste und zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden, für Spezialgruppen bitte diese Checkliste und zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden (siehe Download auf der Website 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"/> 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"/> ja <input type="radio"/> nein	
Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
(welche DSP, Ort?) _____	
<input type="radio"/> amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg	
<input checked="" type="radio"/> Besteht Bedarf eines Entlassmanagement-Assessment? <input type="radio"/> ja (s. Seite 2) <input type="radio"/> nein	
Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Name/Telefon _____	

Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

ja nein

W-CA W-EZ W-DZ

W-AP

Termin am _____

Telefon-Nr. des Patienten, 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 HbA_{1c}-Wert _____ BZ-Wert: _____</p> <p>4) Aktuelles Gewicht _____ kg/ Größe _____ cm</p> <p>5) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wieviel IE/Tag? _____</p> <p>Insulinpumpe <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Neu <input type="radio"/> Wechsel <input type="radio"/> Kostenzusage, welche Pumpe? _____ <input type="radio"/> Patient bringt Pumpe mit</p> <p>6) FGM/CGM <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches? _____</p> <p>7) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Welche? _____)</p> <p>8) Hypoglykämie-Probleme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____ erkennt BZ < 50 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>9) Spezielle Komplikationen: 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/Katarakt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Sehbeeinträchtigungen/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 Dysregulativer Diabetes mellitus <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Arthropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Sonstige: _____</p>	<p>10) Fußulcus akut <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <small>(wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden < 10 Tage alt)</small> Wunde/Lokalisation _____ <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>Multiresistente Erreger MRSA/MRGN/VRE <input type="radio"/> aktuell <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> früher <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Risikopatient nach RKI <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <small>z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt)</small></p> <p>Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Rollstuhl / Rollator <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>11) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> CPAP/BIPAP <input type="radio"/> kontin. O₂-Versorgung erforderlich</p> <p>12) Behinderung/Kommunikationsproblem <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Behinderungsart? _____ nicht deutschsprachig <input type="radio"/> ja Welche Sprache? _____</p> <p>13) bestehende Schwangerschaft: jetzt _____ SSW</p> <p>14) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>15) besondere / wechselnde Belastung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit Welche? _____</p>
--	--

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

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

Bitte nur eine Spezial-Gruppe ankreuzen:

- Hypoglykämie-Wahrnehmung (findet 3x jährlich statt)
- Hypoglykämie-Angst (findet 1x jährlich statt)
- Diabetes-Akzeptanz (findet 4x jährlich statt)
- Junge Erwachsene (18-25 Jahre) (findet 6x 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)

➔ Entlassmanagement

- 15) Bereits Pflegeeinstufung ja nein
wenn ja, Pflegegrad _____
- Bereits beantragt ja nein
Besteht schon eine Pflege ja nein
Familie, ambulanter Pflegedienst ja nein
Heim, Wohnheim, etc. ja nein

Namen, Telefon, Kontaktdaten

- 16) Nach Entlassung: Einleitung einer Rehabilitation/AHB notwendig? ja nein
ambulante Pflege notwendig? ja nein
Grundpflege notwendig? ja nein
Behandlungspflege notwendig? ja nein

- 17) Ambulant betreutes Wohnen/
Behinderteneinrichtung? ja nein

Namen, Telefon, Kontaktdaten

- 18) Werkstatt für Menschen
mit Behinderung? ja nein
Oder vergleichbarer,
ambulanter Arbeitsplatz? ja nein

Bitte Kontaktdaten von allen Beteiligten

Herrn Chefarzt

Prof. Dr. med. Thomas Haak

Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Postfach 12 43

97962 Bad Mergentheim

Telefax: 07931 594 111