

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(Kinder / Jugendliche von 4 bis 17 Jahren)

(Ergänzung zur Krankenhauseinweisung)

Versichert bei	
Name, Vorname, Adresse	<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

- 1) Insulin nein ja, wieviel IE/Tag? _____
 Insulinpumpe nein ja **Neu** **Wechsel**
 Kostenzusage liegt vor nein ja
 Pat. bringt Insulinpumpe mit nein ja
 Modell _____
- 2) akute Beschwerden nein ja
 welche: _____
- 3) aktueller HbA_{1c}-Wert _____
 BZ-Werte: _____
- 4) Erstdiagnose (T/M/J): _____
- 5) Gewichtsverlust (akut) nein ja
 Größe _____ cm / Gewicht _____ kg
- 6) orale Medikation nein ja

L-Thyroxin / Metformin / Sonstige
- 7) Hypoglykämie-Probleme nein ja
 welche? _____
 Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____
 erkennt BZ < 50 mg/dl nein ja
- 8) Folgeerkrankungen nein ja
 welche? _____
- 9) Verständigungsprobleme? nein ja
 wenn ja, Sprache: _____
- 10) besondere/wechselnde Belastung, z. B.
 Leistungssport _____
- 11) KIGA/Schultyp? _____
 Hortbetreuung: nein ja
- 12) Wickelkind nein ja

- 13) Kinderbett (Gitterbett) erforderlich nein ja
- 14) weitere Erkrankungen [z.B. AD(H)S, Allergien, Asthma, Depression, Schilddrüsenerkrankung, Zöliakie, Behinderung] nein ja (welche/zuletzt wann? _____)
- 15) Patient/-in ist eingeschrieben in DMP/DPV Diabetes nein ja, DMP ja, DPV
 Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP) oder Kinder-Klinik-Ambulanz? nein ja (welcher Diabetologe/DSP, Ort?)

O amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg
- 16) Patient/-in war schon stationär in der Diabetes-Klinik? nein ja (wann? _____)
- 17) Wer ist sorgeberechtigt? Mutter Vater beide Eltern Sonstige _____
- 18) Bei wem lebt das Kind? Mutter Vater beide Eltern Einrichtung der Jugendhilfe Sonstige _____
- 19) Bestanden oder bestehen Erziehungshilfen von Seiten des Jugendamtes? nein ja
- 20) Lagen bereits Kinder-/Jugendpsychiatrische Aufenthalte vor? (wenn ja, bitte Arztbriefe mitbringen) nein ja (wann? _____)
 Psychotherapie? nein ja (wann? _____)
- 21) Bitte für folgende Kurse/Gruppen gesonderte Anmeldeunterlagen anfordern:
 Kinderkurs **Jugendkurs**
 Telefon 07931 594-517 oder Internet:
<https://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/downloads/>

