

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

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

Kurzfristig möglich (auf Abruf)

Wunschzeitraum: _____

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? _____)	<input checked="" type="radio"/> 10) bestehende Schwangerschaft: jetzt _____ SSW
2) Erstdiagnose: Monat/Jahr _____	<input checked="" type="radio"/> 11) Fußulcus akut <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden < 10 Tage alt)
3) aktueller HbA_{1c} -Wert _____ höchster BZ-Wert im letzten Monat: _____	Wunde _____ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
4) Aktuelles Gewicht _____ kg / Größe _____ cm	Z. n. Fußulcus (abgeheilt) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
5) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wieviel IE/Tag? _____	Charcot-Fuß <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Patient hat CSII <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Z. n. Amputation untere Extremität <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Insulinpumpeneinstellung <input type="radio"/> Neu <input type="radio"/> Wechsel	Multiresistente Erreger
Ü wenn ja, weiter siehe Seite 2	MRSA/MRGN/VRE <input type="radio"/> aktuell <input type="radio"/> früher <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
6) CGM <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches? _____ s. Seite 2	Risikopatient/in nach RKI <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
7) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<i>z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt)</i>
8) Hypoglykämien < 60 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Rollator <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> ja
9) Spezielle Komplikationen:	12) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Long-Covid <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> kontin. O ₂ -Versorgung erforderlich, Firma: _____
Diabetische Nephropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	13) Kommunikationsproblem (Sprache) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Dialysepflicht <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Welche Sprache? _____
Bauchfell(Peritoneal)dialyse <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Dolmetscher notwendig/wird mitgebracht? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Diabetische Retinopathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	14) Behinderung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Diabetische Katarakt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Behinderungsart? _____
Starke Sehbeeinträchtigung/blind <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	15) Begleitperson erforderlich <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Diabetische Neuropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Begründung _____
Diabetische Sexualstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	16) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell,
Steatosis hepatis <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Diabetische Arthropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____

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

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

Ü Entlassmanagement

- 17) Bereits Pflegeeinstufung nein ja,
Pflegegrad _____
ambulanter Pflegedienst nein ja
stationäres Pflegeheim nein ja

Namen, Telefon, Kontaktdaten

- 18) Ambulant betreutes Wohnen/
Behinderteneinrichtung? nein ja
Werkstatt für Menschen
mit Behinderung? nein ja

Namen, Telefon, Kontaktdaten (bitte von allen Beteiligten)

Herrn Chefarzt

Prof. Dr. med. Thomas Haak

Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Postfach 12 43

97962 Bad Mergentheim

Telefax: 07931 594-111