

# Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(siehe Download auf der Website [www.diabetes-klinik-mergentheim.de](http://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"/> ja <input type="radio"/> nein Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (welche DSP, Ort?) _____	
<b>O amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg</b>	
<input checked="" type="radio"/> Ist ein Entlassmanagement notwendig?	<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 <b>HbA<sub>1c</sub></b>-Wert _____ höchster BZ-Wert im letzten Monat: _____</p> <p>4) Aktuelles Gewicht _____ kg / Größe _____ cm</p> <p>5) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wieviel IE/Tag? _____ <b>Insulinpumpe</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> <b>Neu</b> <input type="radio"/> <b>Wechsel</b> Kostenzusage liegt vor <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Pat. bringt Insulinpumpe mit <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Modell: _____</p> <p>6) FGM/CGM <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches? _____ Wenn (hybrid-)closed-loop möglich: aktivieren <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>7) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Welche? _____)</p> <p>8) Hypoglykämien &lt; 60 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Hypoglykämie-Probleme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja &lt; 50 mg/dl <b>nicht</b> verlässlich erkannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____</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 Starke Sehbeeinträchtigungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja 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</p>	<p>➤ 10) <b>bestehende Schwangerschaft:</b> jetzt _____ SSW</p> <p>➤ 11) <b>Fußulcus akut</b> <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> <i>(wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden &lt; 10 Tage alt)</i> Wunde _____ <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><b>Multiresistente Erreger</b> MRSA/MRGN/VRE <input type="radio"/> <b>aktuell</b> <input type="radio"/> <b>früher</b> <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b></p> <p>Risikopatient nach RKI <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b></p> <p><i>z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden &lt; 5 Tage alt)</i></p> <p>Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> Rollator <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> Rollstuhl <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b></p> <p>12) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> <input type="radio"/> <b>O</b> kontin. O<sub>2</sub>-Versorgung erforderlich, Firma: _____</p> <p>13) Kommunikationsproblem <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> nicht deutschsprachig <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> Welche Sprache? _____ Wird Dolmetscher benötigt u. mitgebracht? <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b></p> <p>14) Behinderung <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> Behinderungsart? _____</p> <p>15) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b></p> <p>16) besondere / wechselnde Belastung <input type="radio"/> <b>nein</b> <input type="radio"/> <b>ja</b> z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit, Außendienst Welche? _____</p>
---	---

\* Patient hat der Übermittlung und Verwendung der E-Mail-Adresse zugestimmt

## 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 Typ 1-Diabetes (findet 2x jährlich statt)
- Hypoglykämie-Angst Typ 1-Diabetes (findet 2x jährlich statt)
- Diabetes-Akzeptanz Typ 1-Diabetes (findet 4x jährlich statt)
- Junge Erwachsene (18-25 Jahre) Typ 1-Diabetes (findet 6x jährlich statt)

### **Für Spezial-Gruppen bitte noch zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden:**

Termine & Anmeldung: siehe Download auf der Website [www.diabetes-klinik-mergentheim.de](http://www.diabetes-klinik-mergentheim.de) oder Tel. 07931/594-517.

### **Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:**

(Befund / psychosoziale Probleme / besondere Medikation)

---

---

---

---

---

---

---

## ➔ Entlassmanagement

15) Bereits Pflegeeinstufung	O ja, Pflegegrad _____	Namen, Telefon, Kontaktdaten
Bereits beantragt	O ja      O nein	_____
ambulanter Pflegedienst	O ja      O nein	_____
stationäres Pflegeheim	O ja      O nein	_____
16) Nach Entlassung:		
Ambulante Pflege notwendig?	O ja      O nein	
Grundpflege notwendig?	O ja      O nein	
Behandlungspflege notwendig?	O ja      O nein	
Sonstiges: _____		
17) Ambulant betreutes Wohnen/ Behinderteneinrichtung?	O ja      O nein	Namen, Telefon, Kontaktdaten
		_____
		_____
		_____
18) Werkstatt für Menschen mit Behinderung?	O ja      O nein	Bitte Kontaktdaten von allen Beteiligten
Oder vergleichbarer, ambulanter Arbeitsplatz?	O ja      O nein	_____
		_____
		_____

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

Telefax: 07931 594 111