

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(siehe Download auf der Website www.diabetes-klinik-mergentheim.de oder Telefon 07931 594-101).

VA-023-03-20

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?)	
amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg	
<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

1) Patient/in war schon stationär bei uns? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Wann?))	➤ 10) bestehende Schwangerschaft: jetzt <input type="radio"/> SSW
2) Erstdiagnose: Monat/Jahr	➤ 11) Fußulcus akut <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
3) aktueller HbA_{1c} -Wert höchster BZ-Wert im letzten Monat:	(wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden < 10 Tage alt)
4) aktuelles Gewicht kg / Größe cm	Wunde <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
5) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wieviel IE/Tag?	Z. n. Fußulcus (abgeheilt) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Insulinpumpe <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Neu <input type="radio"/> Wechsel	Charcot-Fuß <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Kostenzusage liegt vor <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Z. n. Amputation untere Extremität <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Pat. bringt Insulinpumpe mit <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Multiresistente Erreger
Modell:	MRSA/MRGN/VRE <input type="radio"/> aktuell <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
6) FGM/CGM <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches?	<input type="radio"/> früher <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Wenn (hybrid-)closed-loop möglich: aktivieren <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Risikopatient nach RKI <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
7) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja)	z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt)
(Welche?)	Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
8) Hypoglykämien < 60 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Rollator <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Hypoglykämieprobleme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	12) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> O ₂ -Versorgung erforderlich, Firma:
< 50 mg/dl nicht verlässlich erkannt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	13) Kommunikationsproblem <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon.	nicht deutschsprachig <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
9) Spezielle Komplikationen:	Welche Sprache?
Diabetische Nephropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Wird Dolmetscher benötigt u. mitgebracht? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Dialysepflicht <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	14) Behinderung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Bauchfell(Peritoneal)dialyse <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	z. Behinderungsart
Diabetische Retinopathie/Katarakt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	15) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz <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	16) besondere / wechselnde Belastung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Diabetische Neuropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit, Außendienst
Diabetische Sexualstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Welche?
Dysregulativer Diabetes mellitus <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Diabetische Arthropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	

* 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 oder Tel. 07931/594-517.

Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:

(Befund / psychosoziale Probleme / besondere Medikation)

➔ Entlassmanagement

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