Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(Kinder / Jugendliche von 1 bis 17 Jahren)

(Ergänzung zur Krankenhauseinweisung)

KJU-Checkliste 11/2026

Versichert bei	
Name, Vorname, Adresse	O Frau O Herr geb. am Alter
	Datum:
Pflegestufe O nein O ja (welche? _____)	
O Typ-1-Diabetes mellitus **O** Typ-2-Diabetes mellitus **O** sonstige Formen	
Aufnahme-Indikation(en) _____ _____ _____	

Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

O nein O ja

O W-CA° O W-EZ° O W-AP

° *nicht möglich während Kinder-/Jugendkurs*

Termin am _____

Terminwunsch (nach Kapazität) _____

Telefon-Nr. Patient/in, Handy *, Email *

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

1) Insulin **O** nein **O** ja, wieviel IE/Tag? _____
   Insulinpumpentherapie O nein O ja
   Insulinpumpeneinstellung O **Neu** O **Wechsel**
   ➲ wenn ja, weiter siehe Seite 2
2) CGM O nein O ja, welches? _____
3) akute Beschwerden **O** nein **O** ja
   welche: _____
4) aktueller HbA_{1c} _____ ; TIR _____ ; TBR _____
   BZ-Werte: _____
5) Erstdiagnose (T/M/J): _____
6) Gewichtsverlust (akut) **O** nein **O** ja
   Größe _____ cm / Gewicht _____ kg
7) Patient/in im Alter ab 1 bis 5 Jahre **O** nein **O** ja
8) orale Medikation **O** nein **O** ja
   _____
   (L-Thyroxin / Metformin / Sonstige)
9) Hypoglykämie-Probleme **O** nein **O** ja
   welche? _____
   Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____
   erkennt BZ < 50 mg/dl **O** nein **O** ja
10) Folgeerkrankungen **O** nein **O** ja
    welche? _____
11) Verständigungsprobleme? **O** nein **O** ja
    wenn ja, welche Sprache? _____
12) besondere/wechselnde Belastung, z. B.
    Leistungssport _____
13) KIGA/Schultyp? _____
    Hortbetreuung: **O** nein **O** ja
14) Wickelkind **O** nein **O** ja
15) Kinderbett (Gitterbett) erforderlich **O** nein **O** ja
16) weitere Erkrankungen [z.B. AD(H)S, Allergien, Asthma, Depression, Schilddrüsenerkrankung, Zöliakie, Behinderung]
    O nein **O** ja *(welche?* _____)
17) Patient/-in ist eingeschrieben in DMP/DPV Diabetes
    O nein **O** ja, DMP **O** ja, DPV
    Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP) oder Kinder-Klinik-Ambulanz?
    O nein **O** ja (welcher Diabetologe/DSP, Ort?)
    _____
    O amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg
18) Patient/-in war schon stationär in der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim? **O** nein **O** ja (wann zuletzt? _____)
19) **Multiresistente Erreger**
    MRSA/MRGN/VRE aktuell O nein O ja
    früher O nein O ja
    Risikopatient/in nach RKI O nein O ja
    z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt)
20) Wer ist sorgeberechtigt? **O** Mutter **O** Vater
    O beide Eltern **O** Sonstige _____
21) Bei wem lebt das Kind? **O** Mutter **O** Vater
    O beide Eltern **O** Einrichtung der Jugendhilfe
    O sonstige _____
22) Bestanden oder bestehen Erziehungshilfen von Seiten des Jugendamtes? **O** nein **O** ja
23) Lagen bereits kinder-/jugendpsychiatrische Aufenthalte vor? (wenn ja, bitte Arztbriefe mitbringen)
    O nein **O** ja (wann? _____)
    Psychotherapie?
    O nein **O** ja (wann? _____)
24) Bitte für folgende Kurse/Gruppen noch zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden:
    O Kinderkurs O Jugendkurs O Eltern-Kind-Kurs
    Telefon 07931 594-517 oder Internet:
    https://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/downloads/

** Patient/in hat der Übermittlung und Verwendung der E-Mail-Adresse und Telefonnummer zugestimmt*

Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:

(Befund / psychosoziale Probleme / besondere Medikation)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Zusätzliche Infos zur Insulinpumpe (zu Punkt 1 siehe Vorderseite)

Pumpe: O t:slim O Omnipod 5 O YpsoPump O Kaleido O Medtronic 780G
O Medtrum O Dana O Tandem Modi O Sonstige: _____

VOR dem Klinikaufenthalt ist bei Pumpenersteinstellung eine technische Einweisung zwingend erforderlich!

Technische Einweisung bereits erfolgt?
O ja Datum _____ O nein

Wurde die Pumpe bereits angelegt?
O ja Datum _____ O nein

Für Pumpen mit AID-Funktion: Soll der AID-Modus bei uns gestartet werden?
O ja O nein, bitte Kommentar: _____

Herrn Chefarzt
PD Dr. med. Dominik Bergis
Diabetes-Klinik Bad Mergentheim
Postfach 12 43
97962 Bad Mergentheim

Telefax: 07931 594-111