



**Zusätzlich wird die Checkliste vom einweisenden Arzt benötigt!**  
<http://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/downloads.html> -> Checklisten

## Behandlungsgruppe Diabetes-Akzeptanz/Motivations-Probleme für insulinpflichtige Patienten (Typ 1 Diabetes)

- 11./12. Januar – 22. Januar 2021
- 19./20. April – 30. April 2021
- 13./14. September – 24. September 2021
- 22./23. November – 03. Dezember 2021

gewünschten Termin bitte ankreuzen!

### VORANMELDUNG

Frau Irina Sehl  
Diabetes Zentrum Mergentheim  
Theodor-Klotzbücher-Straße 12  
97980 Bad Mergentheim

Fax: 07931 594-89517

**Name:** .....  Frau  Herr

**Straße:** .....

**PLZ / Ort:** .....

**Telefon/Fax:** .....

**Email:** .....

- Ja, ich erlaube Kontakt über E-Mail. Ich weiß, dass E-Mail-Informationen nicht vertraulich sind und ggfs. von Dritten gelesen werden können
- Nein, bitte verwenden Sie meine E-Mail-Adresse nicht

**Geburtsdatum:** ..... **Diabetesdauer:** ..... **Diabetestyp:** .....

**Letzter HbA<sub>1c</sub>:** ..... **Gemessen am:** .....

**Beruf:** .....

**Krankenkasse:** .....

**Hausarzt:** .....

**Diabetologe:** .....

**Wahlleistung:**     nein     ja:     W-CA + Einzelzimmer  
*(siehe Informationen zu Wahlleistungen)*

#### Zu wie vielen Zeitpunkten am Tag spritzen Sie Insulin?

- 2 mal am Tag
- mehr als 2 mal am Tag
- Ich verwende eine Insulinpumpe

#### Haben Sie schon einmal an einer strukturierten Diabetesschulung teilgenommen?

- nein
- Ja, ambulant (19 .... / 20 ....)
- Ja, in der Diabetes Klinik Bad Mergentheim (19 .... / 20 ....)
- Ja, in einem anderen Krankenhaus (19 .... / 20 ....)

#### Wie häufig hatten Sie schwere Unterzuckerungen, bei denen Sie auf die Hilfe anderer Personen angewiesen waren?

Insgesamt ..... mal.

In den letzten 12 Monaten ..... mal. (Davon im Wachzustand ..... mal.)

Nähere Angaben: .....

**Denken Sie, dass Sie Ihre Krankheit derzeit akzeptiert und in Ihr Leben integriert haben?**

trifft  gar nicht  kaum  mäßig  stark  sehr stark  zu

**Was stört Sie am meisten an Ihrem Diabetes?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Haben Sie den Eindruck, dass bestimmte Lebensbereiche übermäßig stark durch Ihren Diabetes beeinträchtigt werden?**

Nein  Ja

Wenn ja: Welche Lebensbereiche sind davon betroffen? Wie sieht diese Beeinträchtigung aus?

.....  
.....  
.....  
.....

**Glauben Sie, dass Ihre Schwierigkeiten, den Diabetes zu akzeptieren, Ihren alltäglichen Umgang mit der Diabetestherapie beeinträchtigen? Wenn ja, wie?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Waren Sie wegen der oben geschilderten oder anderer Probleme schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?**

Früher:  Ja (19.... / 20 ....)  Nein      Derzeit:  Ja  Nein

Nähere Angaben: .....

**Von einer Teilnahme an der problemspezifischen Diabetes-Akzeptanz/Motivations-Gruppe verspreche ich mir:**

.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift