DIABETES ZENTRUM MERGENTHEIM

Behandlungsgruppe Diabetes-Akzeptanz/Motivations-Probleme

für insulinpflichtige Patienten (Typ-1-Diabetes)

Zusätzlich wird die Checkliste vom einweisenden Arzt benötigt!

http://www.diabetes-klinik-mergentheim.de/downloads -> Checklisten

- ☐ ~~12./13. Januar – 23. Januar 2026~~ -AUSGEBUCHT-
- ☐ ~~09./10. März – 20. März 2026~~ -AUSGEBUCHT-
- ☐ ~~08./09. Juni – 19. Juni 2026~~ -AUSGEBUCHT-
- ☐ ~~14./15. Sept. – 25. September 2026~~ -AUSGEBUCHT-
- ☐ ~~23./24. November – 04. Dezember 2026~~ -AUSGEBUCHT-

gewünschten Termin bitte ankreuzen!

VORANMELDUNG

Diabetes Zentrum Mergentheim
Bereich Psychodiabetologie
Theodor-Klotzbücher-Straße 12
97980 Bad Mergentheim

Fax: 07931 594-89517

O Frau
O Herr

Name: .....

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_{1c}: ..... **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