



Zusätzlich wird die Checkliste vom einweisenden Arzt benötigt!

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

Behandlungsgruppe Hypoglykämie-Ängste für insulinpflichtige Patienten (Typ 1 Diabetes)

Termin: 04.05. – 15.05.2020

09.11. – 20.11.2020

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_{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)

Erinnern Sie sich bitte an die letzten 6 Monate:

Verspüren Sie im Alltag eine beständige Angst vor der Möglichkeit einer Unterzuckerung?

trifft gar nicht kaum mäßig stark sehr stark zu

Neigen Sie aus Angst vor Unterzuckerungen dazu, Ihren Blutzuckerspiegel grundsätzlich höher zu halten?

trifft gar nicht kaum mäßig stark sehr stark zu

Gibt es Situationen (z.B. Leistungssituationen), in denen Sie starke Unterzuckerungsangst haben - unabhängig vom tatsächlichen Risiko einer Unterzuckerung?

ja nein

In welchen Situationen erleben Sie starke Unterzuckerungsangst?

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

Wie häufig kommt es vor, dass Sie eine Situation vermeiden, weil Sie eine Unterzuckerung befürchten?

nie selten gelegentlich oft sehr oft

Welche Situationen vermeiden Sie aus Angst vor Unterzuckerungen?

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

Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker pro Tag?

Ca. mal pro Tag

Fühlen Sie sich durch die Angst vor Unterzuckerungen in Ihrem Leben, bei Ihrer Arbeit, Ausbildung oder in anderen Lebensbereichen, belastet?

gar nicht ein wenig mäßig schwer massiv

Hatten Sie in den letzten Monaten wiederholt starke Angstzustände auch vor anderen Dingen / Situationen (außer Unterzuckerungsangst)?

ja nein

Waren Sie wegen Ihrer Unterzuckerungsangst oder anderen Problemen schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

Früher: ja (19.... / 20) nein Derzeit: ja nein

Nähere Angaben:.....

Von einer Teilnahme an der problemspezifischen Hypoglykämie-Angst-Bewältigungsgruppe verspreche ich mir:

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

Ort, Datum

Unterschrift