

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

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

Termine: ☐ 12./13.04. – 23.04.2027
☐ 14./15.06. – 25.06.2027
☐ 08./09.11. – 19.11.2027
gewünschten Termin bitte ankreuzen!

VORANMELDUNG

Diabetes Zentrum Mergentheim
 Bereich Psychodiabetologie
 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