



Zusätzlich wird die Checkliste vom einweisenden Arzt benötigt!

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

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

Termin: 23./24. Januar – 03. Februar 2023

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:

Hausarzt:

Diabetologe:

Krankenkasse:

Wahlleistung: nein ja: W-CA + Einzelzimmer

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

Wie oft am Tag spritzen Sie Insulin?

- 2 x
- mehr als 2 x
- ich habe eine Insulinpumpe

Haben Sie schon einmal an einer Diabetesschulung teilgenommen?

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

Ab welchem Blutzucker-Wert bemerken Sie tagsüber Unterzucker-Symptome?

- über 50 mg/dl
- 50-40 mg/dl
- unter 40 mg/dl

Bemerken Sie Ihre Unterzuckerungen (ab 60mg/dl) tagsüber so rechtzeitig, dass Sie noch angemessen darauf reagieren können?

- ja, fast immer
- nein, nicht immer
- nein, fast nie

Ihre wichtigsten Hypo-Anzeichen?

.....

Wie häufig hatten Sie in den letzten vier Wochen Blutzucker-Werte unter 60 mg/dl?

..... mal (davon tagsüber: mal)

Wie häufig waren Sie bei schweren Unterzuckerungen auf Hilfe anderer Personen angewiesen?

Insgesamt mal.

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

Nähere Angaben:

Gibt es etwas, was Sie wegen Ihrer Unterzuckerung-Probleme nicht mehr, seltener oder nur zögerlich tun?

nein ja Wenn ja, was:

.....

Ihr Blutzucker-Zielbereich vor den Mahlzeiten: bis mg/dl

Ihre Ziele für Ihren HbA1c („Langzeit-Zucker“)?

- Ich möchte meinen HbA_{1c} nicht ändern
- Ich möchte meinen HbA_{1c} verbessern
- Ich möchte meinen HbA_{1c} wegen vieler Unterzuckerungen anheben
- Ich möchte meine Blutzucker-Schwankungen in den Griff bekommen
- Sonstige Ziele in Bezug auf Ihren HbA_{1c}:

.....

Ihre Ziele für Unterzuckerungen?

- Ich möchte weniger Unterzuckerungen haben
- Ich möchte Unterzuckerungen besser wahrnehmen
- Ich möchte nächtliche Unterzuckerungen vermeiden
- Ich möchte weniger Angst vor Unterzuckerungen haben

Ihre Ziele für Ihre Diabetes-Therapie?

- Ich möchte meine jetzige Insulintherapie nicht ändern
- Ich möchte auf ein anderes Insulin umgestellt werden
- Ich möchte eine Insulintherapie, die mir mehr Freiheiten und Flexibilität im Alltag ermöglicht
- Ich möchte eine Insulintherapie, die sehr einfach und wenig aufwändig ist

Wie möchten Sie Ihre Therapieform ändern (z.B. anderes Insulin, andere Insulintherapie):

.....
.....

Von der Hypoglykämiegruppe verspreche ich mir:

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

Ort, Datum

Unterschrift