



**Zusätzlich wird die Checkliste vom einweisenden Arzt benötigt!**

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

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

**Termin:**  25./26.01. – 05.02.2021

05./06.07. – 16.07.2021

*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:** .....

**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     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<sub>1c</sub> nicht ändern
- Ich möchte meinen HbA<sub>1c</sub> verbessern
- Ich möchte meinen HbA<sub>1c</sub> wegen vieler Unterzuckerungen anheben
- Ich möchte meine Blutzucker-Schwankungen in den Griff bekommen
- Sonstige Ziele in Bezug auf Ihren HbA1c:

.....

**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