

VORANMELDUNG

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

Gruppe „Junge Erwachsene“ (18 – 25 Jahre, Typ-1-Diabetes)

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

gewünschten Termin bitte ankreuzen!

☐ 25./26.01. – 04./05.02.2027

☐ 27./28.09. – 07./08.10.2027

☐ 26./27.04. – 06./07.05.2027

Geburtsdatum:

Diabetesdauer:

Diabetestyp:

Letzter HbA_{1c}:

Gemessen am:

**Tätigkeit, Aus-
bildung, Beruf:**

Krankenkasse:

Wahlleistung: ☐ nein ☐ ja: ☐ W-CA + Einzelzimmer

*(siehe Informationen
zu Wahlleistungen)*

Hausarzt:

Diabetologe:

Welche Form der Insulintherapie führen Sie durch?

☐ Intensivierte Insulintherapie (ICT) ☐ 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)

Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung?

☐ nein früher: ☐ ja (19.... / 20) derzeit: ☐ ja ☐ nein

Nähere Angaben:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Therapieform?

gar nicht
☐

kaum
☐

mäßig
☐

zufrieden
☐

sehr zufrieden
☐

Was würden Sie gerne ändern?

.....

.....

.....

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem persönlichen Umgang mit Ihrem Diabetes?

gar nicht
☐

kaum
☐

mäßig
☐

zufrieden
☐

sehr zufrieden
☐

Was hindert Sie im Alltag am meisten bei der Umsetzung der Diabetestherapie?

.....

.....

.....

Was würden Sie gerne ändern?

.....

.....

.....

Wie wichtig ist es Ihnen, Ihre Diabeteseinstellung zu verbessern?

gar nicht
☐

kaum
☐

mäßig
☐

wichtig
☐

sehr wichtig
☐

Was ist Ihr Ziel für den Aufenthalt in der Diabetes Klinik Bad Mergentheim?

.....

.....

.....

Gibt es noch etwas Wichtiges, was Sie uns mitteilen möchten:

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift