

**VORANMELDUNG DIABETESEINSTELLUNG
2027
Kinder von 4 - 7 Jahren**

Zusätzlich wird die Checkliste für Kinder/Jugendliche vom einweisenden Arzt benötigt.

Diabetes Zentrum Mergentheim
Bereich Psychodiabetologie
Theodor-Klotzbücher-Str. 12
97980 Bad Mergentheim

Fax: 07931 594-89517



Name:

Vorname:
☐ männlich
☐ weiblich

Straße:

PLZ / Ort:

geb.:

**Name der
Begleitperson:**

☐ Mutter ☐ Vater

Erziehungsberechtigte/r:

Liegt eine Vormundschaft vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Name, Adresse, Telefonnummer:

Telefon: **E-Mail:**

Aktueller HbA_{1c}: **Gemessen am:**

Mein Kind ist ☐ im Kindergarten ☐ in der Schule, Klasse

Hat Ihr Kind eine Insulinpumpe? ☐ ja ☐ nein

Mit welchem Pumpenmodell nimmt Ihr Kind am Eltern-Kind-Kurs teil?

☐ t:slim ☐ Medtronic (alle Modelle) ☐ YpsoPump ☐ Omnipod DASH ☐ Omnipod 5 ☐ Sonstiges.....

Ist eine Insulinpumpenersteinstellung geplant? ☐ ja ☐ nein
(dies ist nicht im Rahmen eines Eltern-Kind-Kurses möglich)

Krankenkasse: **Diabetesdauer:** **Diabetestyp:**

Hausarzt:

**Diabetologe / Schwerpunkt-
praxis / Ambulanz:**

Ist Ihr Kind im DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben? ☐ ja ☐ nein

War Ihr Kind schon einmal Patient im Diabetes Zentrum Mergentheim? ☐ ja ☐ nein

Wann und wo war die letzte Diabetesbehandlung in einem Krankenhaus? Welches Krankenhaus?

Wurden Sie bereits einmal umfassend über den Diabetes geschult? Wenn ja, wo und wie oft?

☐ noch nie ☐ ambulant ☐ stationär

Gewünschten Termin bitte ankreuzen:

- ☐ 22. Februar – 05. März 2027
☐ 05. Juli – 16. Juli 2027
☐ 11. Oktober – 22. Oktober 2027

- ☞ Kann Ihr Kind sich selbstständig spritzen? ☐ ja ☐ nein
- ☞ Wie oft am Tag kontrolliert Ihr Kind / kontrollieren Sie durchschnittlich die Glukosewerte? X
- ☞ Kann Ihr Kind selbstständig seine Glukosewerte kontrollieren? ☐ ja ☐ nein

Bitte markieren Sie die Linie an der Stelle, die für Sie passt:

- ☞ Wie gut schätzen Sie das Wissen Ihres Kindes über den Diabetes ein?

sehr schlecht sehr gut

- ☞ Wie gut schätzen Sie Ihr Wissen über den Diabetes ein?

sehr schlecht sehr gut

- ☞ Wie gut kommt Ihr Kind mit dem Diabetes zurecht?

sehr schlecht sehr gut

- ☞ Wie zufrieden sind Sie mit den Glukosewerten Ihres Kindes?

gar nicht sehr zufrieden

- ☞ Bestehen Probleme beim Spritzen oder Messen?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

keine sehr große

.....

- ☞ Wie häufig hat Ihr Kind Unterzuckerungen? ☐ täglich oder häufiger ☐ wöchentlich ☐ monatlich

Hat Ihr Kind nur leichte oder auch schwere Unterzuckerungen?

☐ leichte Unterzuckerungen = eigenständige Kohlenhydrateinnahme

☐ schwere Unterzuckerungen = Fremdhilfe notwendig

☐ Treten Unterzuckerungen in besonderen Situationen auf (nachts, beim Sport)?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

.....

Bitte fügen Sie die Glukosewerte des Blutzuckermessgerätes oder die Momentaufnahme des FGM/CGM-Gerätes der letzten 14 Tage bei.

- ☞ Bestehen Schwierigkeiten in der Schule wegen des Diabetes?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

keine sehr große

.....

- ☞ Gibt es zu Hause häufig Auseinandersetzungen wegen des Diabetes?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

nie ständig

.....

- ☞ Gibt es sonst noch etwas Wichtiges zu erwähnen (z. B. Allergien, ADS, ADHS, sonstige Erkrankungen, Medikamente)?

.....

- ☞ Ernährung: Liegt eine besondere (z. B. vegan), traditionelle / kulturelle Ernährung bzw. Lebensstil vor? Hat Ihr Kind eine Nahrungsmittelunverträglichkeit oder Zöliakie?

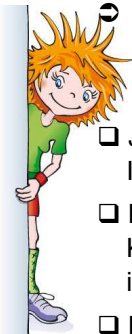
.....

- ☐ Ja, ich erlaube Kontakt über E-Mail.

Ich weiß, dass E-Mail-Informationen nicht vertraulich sind und ggfs. von Dritten gelesen werden können.

- ☐ Meine E-Mail-Adresse darf auch dafür verwendet werden, dass ich über Veranstaltungen der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim für Kinder und Jugendliche mit Diabetes sowie für deren Eltern/Angehörige informiert werde.

- ☐ Nein, bitte verwenden Sie meine E-Mail-Adresse nicht.



Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r