

**VORANMELDUNG
KINDERKURS 2024**
(Kinder von 8 - 12 Jahren)

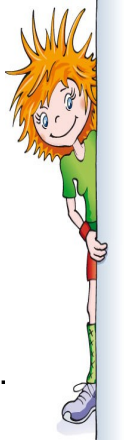
Zusätzlich wird die Checkliste für Kinder/Jugendliche vom einweisenden Arzt benötigt.

Diabetes Zentrum Mergentheim
Bereich Psychodiabetologie
Theodor-Klotzbücher-Straße 12
97980 Bad Mergentheim

Fax: 07931 594-89517

Name:
Vorname:
Straße:
PLZ / Ort:
geb.:

männlich
 weiblich



Erziehungsberechtigte/r:
Wenn beide Eltern sorgeberechtigt sind und getrennt leben, bitte Adresse und Telefonnummer des zweiten Elternteils angeben.

Liegt eine Vormundschaft vor? ja nein

Wenn ja, Name, Adresse, Telefonnummer:

Telefon: E-Mail:

Letzter HbA_{1c}: Gemessen am:

Trägt Ihr Kind eine Insulinpumpe? ja nein

Mit welchem Pumpenmodell nimmt Ihr Kind am Kinderkurs teil?

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

Ist eine Insulinpumpenersteinstellung geplant? ja nein

(dies ist nicht im Rahmen eines Kinderkurses möglich)

Krankenkasse: Diabetesdauer: Diabetestyp:

Hausarzt:

Diabetologe / Schwerpunkt-
praxis / Ambulanz:

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

Wenn ja, wann? Kinderkurs/e in der Diabetes-Klinik außerhalb eines Kurses

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

Wurde Ihr Kind schon einmal umfassend über Diabetes geschult? Wenn ja, wo und wie oft?

noch nie ambulant stationär

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

noch nie ambulant stationär

In welche Klasse/Schultyp geht Ihr Kind? Schulische Leistungen.....

Wird Ihr Kind in einem Hort betreut? ja nein

~~☞ 1. Kinderkurs Ostern 18./19. März – 28./29. März 2024 -AUSGEBUCHT-~~

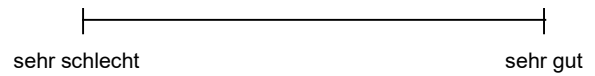
~~☞ 2. Kinderkurs Ostern 02./03. April – 12./13. April 2024 -AUSGEBUCHT-~~

~~☞ Kinderkurs Sommer 12./13. August – 22./23. August 2024 -AUSGEBUCHT-~~

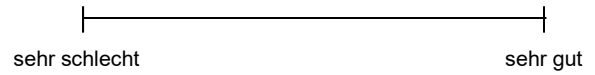
- Wie oft am Tag spritzt Ihr Kind Insulin? 2x mehr als 2x Insulinpumpe (CSII)
- Kann Ihr Kind sich selbstständig spritzen? ja nein
- Wie oft am Tag kontrolliert Ihr Kind / kontrollieren Sie durchschnittlich die Glukosewerte? X
- Kann Ihr Kind selbstständig seine Glukosewerte kontrollieren? ja nein

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

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



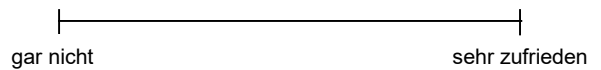
➤ Wie gut schätzen Sie Ihr Wissen als Eltern über den Diabetes ein?



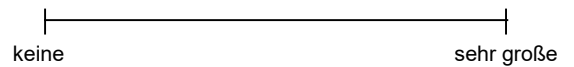
➤ Wie gut kommt Ihr Kind im Allgemeinen mit dem Diabetes zurecht?



➤ Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit den Glukosewerten Ihres Kindes?



➤ Bestehen Probleme beim Spritzen oder Messen?



Wenn ja, bitte näher beschreiben:

.....

➤ 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:
(Noten, Lehrer, Klassenkameraden, Ausflüge)



.....

.....

➤ Gibt es zu Hause häufig Auseinandersetzungen wegen des Diabetes?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....

➤ Was sind die wichtigsten Gründe für die Teilnahme am Kinderkurs?

.....

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

.....

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.

Bitte planen Sie sich **keine Elternbesuche außerhalb der Elternschulung ein, da nach unserer Erfahrung der Besuch einzelner Eltern das Heimweh der Kinder fördert.**

Erziehungsberechtigte/r:

Ich nehme am Aufnahme- und Entlassgespräch (mit einer Übernachtung bei Aufnahme) verbindlich teil.

_____ Datum

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r