



# Diabetes Zentrum Mergentheim



## VORANMELDUNG DIABETESEINSTELLUNG ELTERN-KIND 2019 (4 - 7 Jahre)



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

Frau Irina Sehl Diabetes Zentrum Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12 97980 Bad Mergentheim  <b>Fax: 07931 594-89517</b>	<b>Name:</b> .....	
	<b>Vorname:</b> .....	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
	<b>Straße:</b> .....	
	<b>PLZ / Ort:</b> .....	
	<b>geb.:</b> .....	
	<b>Name der Begleitperson:</b> .....	
		<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater

**Erziehungsberechtigte/r:** .....

**Liegt eine Vormundschaft vor?**     ja     nein  
Wenn ja, Name, Adresse, Telefonnummer: .....

**Telefon:** ..... **Fax:** .....

**Email:** .....

**Aktueller HbA<sub>1c</sub> :** ..... **Gemessen am:** .....

**Mein Kind ist**                       im Kindergarten                       in der Schule, Klasse .....

**Hat Ihr Kind eine Insulinpumpe?**                       ja                       nein

**Ist eine Insulinpumpenersteinstellung geplant?**                       ja                       nein

**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 .....

18. März – 29. März 2019

23. September – 04. Oktober 2019

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

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

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

|-----|

sehr schlecht sehr gut

Ü Wie gut schätzen Sie Ihr Wissen über den Diabetes ein?

|-----|

sehr schlecht sehr gut

Ü Wie gut kommt Ihr Kind mit dem Diabetes zurecht?

|-----|

sehr schlecht sehr gut

Ü Wie zufrieden sind Sie mit den Glukosewerten Ihres Kindes?

|-----|

gar nicht sehr zufrieden

Ü Bestehen Probleme beim Spritzen oder Messen?  
Wenn ja, bitte näher beschreiben:

|-----|

keine sehr große

.....

.....

Ü 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.

Ü Bestehen Schwierigkeiten in der Schule wegen des Diabetes?  
Wenn ja, bitte näher beschreiben:

|-----|

keine sehr große

.....

Ü Gibt es zu Hause häufig Auseinandersetzungen wegen des Diabetes?  
Wenn ja, bitte näher beschreiben:

|-----|

nie ständig

.....

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

.....

.....

Ü 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.

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

**Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

