



Problemspezifische Schulungs- und Behandlungsgruppe für Patienten mit Typ 1 Diabetes und Diabetes-Akzeptanz/Motivations-Problemen

- Di 26. Jan. bis Di 09. Feb. 2010
- Di 27. April bis Di 11. Mai 2010
- Di 08. Juni bis Di 22. Juni 2010
- Di 12. Okt. bis Di 26. Okt. 2010
- Di 18. Jan. bis Di 01. Febr. 2011

VORANMELDUNG

Diabetes Zentrum Mergentheim
 Frau Julia Imhof
 Theodor-Klotzbücher-Straße 12
 97980 Bad Mergentheim
 Fax: 07931 594-111

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon/Fax:

Email:

Geburtsdatum: **Diabetesdauer:** **Diabetestyp:**

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

Beruf:

Krankenkasse: **Wahlleistung:** EZ (W1/W2) DZ (W1/W3)

Hausarzt: (Behandlung durch den Chefarzt unter gesonderter Verrechnung aller ärztlichen Leistungen nach GOÄ)

Diabetologe:

Zu wie vielen Zeitpunkten am Tag spritzen Sie Insulin?

- 2 mal am Tag mehr als 2 mal am Tag Ich verwende eine Insulinpumpe

Haben Sie schon einmal an einer strukturierten Diabeteschulung teilgenommen?

- nein Ja, ambulant (19 / 20) Ja, in der Diabetes Klinik Bad Mergentheim (19 / 20) Ja, in einem anderen Krankenhaus (19 / 20)

Wie häufig hatten Sie schwere Unterzuckerungen, bei denen Sie auf die Hilfe anderer Personen angewiesen waren?

Insgesamt mal.

In den letzten 12 Monaten mal. (Davon im Wachzustand mal.)

Nähere Angaben:

Denken Sie, dass Sie Ihre Krankheit derzeit akzeptiert und in Ihr Leben integriert haben?

trifft gar nicht kaum Mäßig stark sehr stark zu

Was stört Sie am meisten an Ihrem Diabetes?

.....
.....
.....
.....

Haben Sie den Eindruck, dass bestimmte Lebensbereiche übermäßig stark durch Ihren Diabetes beeinträchtigt werden?

Nein Ja

Wenn ja: Welche Lebensbereiche sind davon betroffen? Wie sieht diese Beeinträchtigung aus?

.....
.....
.....
.....

Glauben Sie, dass Ihre Schwierigkeiten, den Diabetes zu akzeptieren, Ihren alltäglichen Umgang mit der Diabetestherapie beeinträchtigen? Wenn ja, wie?

.....
.....
.....
.....

Waren Sie wegen der oben geschilderten oder anderer Probleme schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

Früher: Ja (19.... / 20) Nein Derzeit: Ja Nein

Nähere Angaben:.....
.....

Von einer Teilnahme an der problemspezifischen Diabetes-Akzeptanz/Motivations-Gruppe verspreche ich mir:

.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift