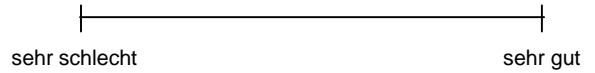


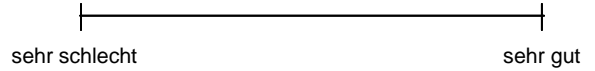


**Bitte markieren Sie die Linie an der Stelle, die für Sie passt:**

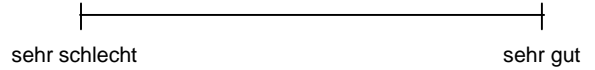
Ü Wie gut schätzen Sie das Wissen Ihres Kindes über den Diabetes ein?



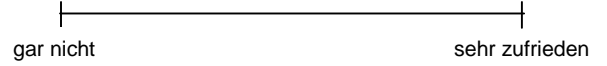
Ü Wie gut schätzen Sie Ihr Wissen als Eltern über den Diabetes ein?



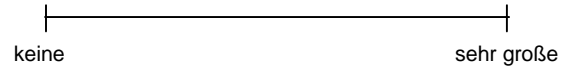
Ü Wie gut kommt Ihr Kind im Allgemeinen mit dem Diabetes zurecht?



Ü Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit den Blutzuckerwerten Ihres Kindes?

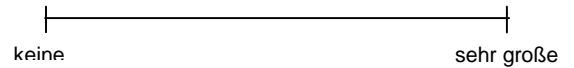


Ü Bestehen Probleme beim Spritzen oder Messen?  
Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....  
.....

Ü Bestehen Probleme mit Unterzuckerungen?  
Wenn ja, bitte näher beschreiben:



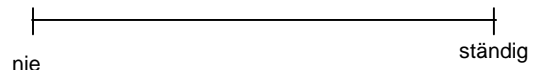
.....  
.....

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



.....  
.....

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



.....  
.....

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

.....  
.....

**Bitte gelbes Untersuchungsheft und Impfausweis mitbringen.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

