



VORANMELDUNG KINDERKURS 2010

(Kinder von 8 - 12 Jahren)

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

Name:
Vorname: männlich
 weiblich
Straße:
PLZ / Ort:
Geboren am:

Erziehungsberechtigte/r:
Telefon: **Fax:**
Email:
Letzter HbA_{1c} : **Gemessen am:**
Krankenkasse: **Diabetesdauer:** **Diabetestyp:**
Hausarzt:
Diabetologe/Schwerpunkt praxis:

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.....

An welchem der Kinderkurse soll Ihr Kind teilnehmen?



- Osterkurs: 29. / 30. März – 11. April 2010**
- Sommerkurs: 30. / 31. Aug. – 12. Sept. 2010**

Wichtige Info für die Eltern: Bitte beachten Sie, dass Ihre Teilnahme an den Aufnahme- und Entlassgesprächen sowie an den Elternschulungen an den beiden Wochenenden (insgesamt 4 bis 5 Termine) wesentlicher Bestandteil der stationären Maßnahme ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer Anmeldung!

- Ü Wie oft am Tag spritzt ihr Kind Insulin? 2x mehr als 2x Insulinpumpe (CSII)
- Ü Kann Ihr Kind sich selbständig spritzen? ja nein
- Ü Wie oft am Tag misst ihr Kind / messen Sie durchschnittlich den Blutzucker? X
- Ü Kann Ihr Kind selbständig seinen Blutzucker messen? 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 als Eltern über den Diabetes ein?

|

|

sehr schlecht

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

|

|

sehr schlecht

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

|

|

gar nicht

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

|

|

keine

sehr große

.....

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

|

|

keine

sehr große

.....

.....
- Ü Bestehen Schwierigkeiten in der Schule wegen des Diabetes?
Wenn ja, bitte näher beschreiben:
(Noten, Lehrer, Klassenkameraden, Ausflüge)

|

|

keine

sehr große

.....

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

|

|

nie

ständig

.....

.....
- Ü Was sind die wichtigsten Gründe für die Teilnahme am Kinderkurs?

.....

.....
- 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