

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

Für Kinder-/Jugend-Kurse, Pumpen-Kurse bitte extra Checkliste und zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden, für Spezial-Gruppen bitte diese Checkliste und zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden (sh. www.diabetes-zentrum.de/downloads.html oder Telefon 07931 594-101).

Versichert bei
Adressfeld <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr geb. am Alter
Datum:
Pflegestufe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche? _____)
<input type="checkbox"/> Typ 1-Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 2-Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Pankreopriver Diabetes <input type="checkbox"/> sonstige Formen
Aufnahme-Indikation(en) _____ _____ _____

Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

- ja nein
 W-CA W-EZ W-DZ
 W-AP

Termin am _____

Telefon-Nr. des Patienten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<p>1) akute Beschwerden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____</p> <p>2) aktuelle Laborwerte HbA_{1c} _____ BZ-Werte: _____ sonstige Werte: _____</p> <p>3) Erstdiagnose: _____</p> <p>4) Gewichtsprobleme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Größe _____ cm / Gewicht _____ kg</p> <p>5) orale Medikation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ SH / Metformin / Acarbose / Glinide / Glitazone / DPP-4</p> <p>6) Insulin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja IE/Tag _____ Insulinpumpe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>7) Schlafapnoe / Sauerstoff-Gerät <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>8) Hypoglykämie-Probleme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl hilfebedürftige Hypos/Jahr _____ Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hypo-Angststörung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>9) Fußulcus akut <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich übermitteln < 10 Tage alt) MRSA/MRE Infektion mit MRSA/MRE aktuell <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja früher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Risikopatient MRSA/MRE nach RKI <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja z.B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, ... (wenn 1 x „ja“, bitte aktuellen Abstrich übermitteln < 10 Tage alt) neuropathische Schmerzen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Charcot-Fuß <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Z. n. Amputation untere Extremität <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>10) Schwangerschaft: jetzt _____ SSW</p> <p>11) besondere (z. B. vegan), traditionelle / kulturelle Ernährung bzw. Lebensstil: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche/r? _____</p> <p>12) besondere / wechselnde Belastung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit welche? _____</p> <p>13) Komplikationen: diabetische Nephropathie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dialyse <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bauchfell(Peritoneal)dialyse <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja diabetische Retinopathie / Cataract <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja blind <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja diabetische Neuropathie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja diabetische Sexualstörung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja dysregulativer Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja diabetische Arthropathie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja sonstige: _____</p> <p>14) Verständigungsprobleme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (schwerhörig / gehörlos / blind / kognitive Beeinträchtigung / nicht deutschsprachig?) Welche Sprache? _____ (wenn nicht deutschsprachig)</p> <p>15) Patient/-in ist eingeschrieben in DMP Diabetes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg</p> <p>16) Patient/-in war schon stationär bei uns? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann? _____)</p>
---	---

Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:

(Befund / psychosoziale Probleme)

Herrn Chefarzt
Prof. Dr. med. Thomas Haak
Diabetes Klinik Bad Mergentheim
Postfach 12 43
97962 Bad Mergentheim

Telefax: 07931 594 111