



VORANMELDUNG DIABETESEINSTELLUNG ELTERN-KIND 2012

Zusätzlich muss der einweisende Arzt auch die Checkliste für Kinder/Jugendliche ausfüllen.

Frau Stefanie Batzel Diabetes Zentrum Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Str. 12 97980 Bad Mergentheim Fax: 07931 594 - 111	Name:	
	Vorname:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
	Straße:	
	PLZ / Ort:	
	Geboren am:	
	Name der Begleitperson:	
		<input type="radio"/> Mutter
		<input type="radio"/> Vater

Erziehungsberechtigte/r:

Telefon: **Fax:**

Email:

Aktueller HbA_{1c} : **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:**

Ist Ihr Kind privat versichert: ja nein Hat Ihr Kind eine private Zusatzversicherung: ja nein

Möchtest du diese Versicherung in Anspruch nehmen: ja nein

Hausarzt:

**Diabetologe / Schwerpunkt-
praxis:**

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

Hinweis:

Erziehungsberechtigte können als Begleitpersonen nur in Ausnahmefällen auf das Zimmer mit aufgenommen werden, da wir i.d.R. keine freien Betten haben. Mitaufnahmen in die Klinik sind nur bei Kindern möglich, die das 1. Schuljahr noch nicht beendet haben. Bei Kindern ab dem 2. Schuljahr wird die medizinisch notwendige Begleitperson in nächster Umgebung (ca. drei Minuten Fußweg) untergebracht (Essen werden Sie zusammen mit Ihrem Kind, kostenfrei, hier in der Klinik).

12./13. März – 22./23. März 2012

25./26. Juni – 05./06. Juli 2012

12./13. November – 22./23. November 2012

Ü Kann Ihr Kind sich selbstständig spritzen?

ja nein

Ü Wie oft am Tag misst ihr Kind / messen Sie durchschnittlich den Blutzucker?

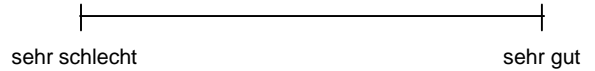
.....X

Ü Kann Ihr Kind selbstständig seinen Blutzucker messen?

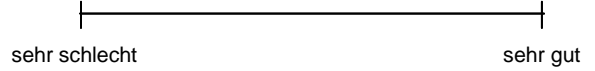
ja nein

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

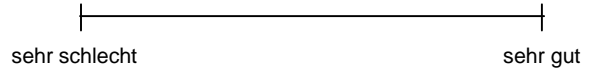
Ü Wie gut schätzen Sie das Wissen Ihres Kindes über den Diabetes ein?



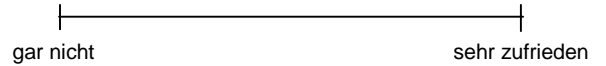
Ü Wie gut schätzen Sie Ihr Wissen über den Diabetes ein?



Ü Wie gut kommt Ihr Kind mit dem Diabetes zurecht?

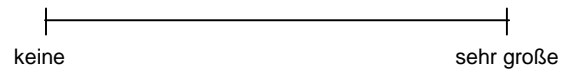


Ü Wie zufrieden sind Sie mit den Blutzuckerwerten Ihres Kindes?



Ü Bestehen Probleme beim Spritzen oder Messen?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....
.....

Ü Bestehen Probleme mit Unterzuckerungen?

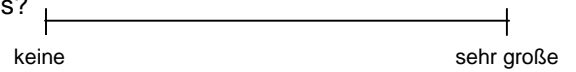
Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....
.....

Ü Bestehen Schwierigkeiten in der Schule wegen des Diabetes?

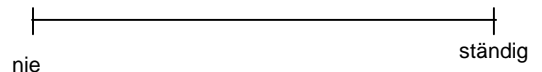
Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....
.....

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)?

.....
.....

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