



VORANMELDUNG KINDERKURS 2012

(Kinder von 8 - 12 Jahren)

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

Diabetes Zentrum Mergentheim
Frau Stefanie Batzel
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:

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

Möchten Sie diese Versicherung in Anspruch nehmen: ja nein

Hausarzt:

Diabetologe/Schwerpunktpraxis:

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.....

Wird Ihr Kind in einem Hort betreut? ja nein

<input type="checkbox"/>	1. Kinderkurs Kleingruppe 26./27. März – 05./06. April 2012
<input type="checkbox"/>	2. Kinderkurs Kleingruppe 10./11. April – 20./21. April 2012
<input type="checkbox"/>	Kinderkurs Sommer Großgruppe 20. /21. August – 30./31. August 2012

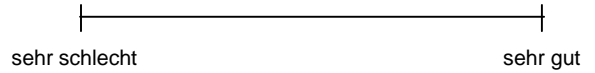
Wichtige Info für die Eltern: Bitte beachten Sie, dass Ihre Teilnahme an den Aufnahme- und Entlassgesprächen wesentlicher Bestandteil der stationären Maßnahme ist. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrer Anmeldung!



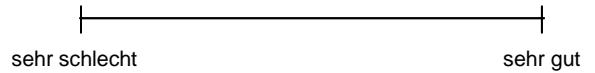
- Ü Wie oft am Tag spritzt ihr Kind Insulin? 2x mehr als 2x Insulinpumpe (CSII)
- Ü Kann Ihr Kind sich selbständig spritzen? ja nein
- Ü Wie oft am Tag misst ihr Kind / messen Sie durchschnittlich den Blutzucker? X
- Ü Kann Ihr Kind selbständig seinen Blutzucker messen? ja nein

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

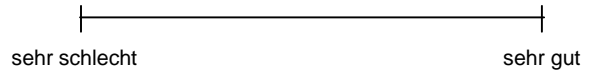
Ü Wie gut schätzen Sie das Wissen Ihres Kindes über den Diabetes ein?



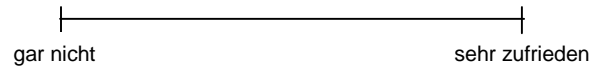
Ü Wie gut schätzen Sie Ihr Wissen als Eltern über den Diabetes ein?



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

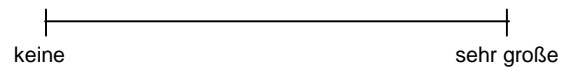


Ü Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit den Blutzuckerwerten Ihres Kindes?



Ü Bestehen Probleme beim Spritzen oder Messen?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

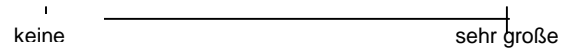


.....

.....

Ü Bestehen Probleme mit Unterzuckerungen?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:

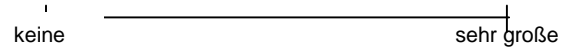


.....

.....

Ü Bestehen Schwierigkeiten in der Schule wegen des Diabetes?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:
(Noten, Lehrer, Klassenkameraden, Ausflüge)



.....

.....

Ü Gibt es zu Hause häufig Auseinandersetzungen wegen des Diabetes?

Wenn ja, bitte näher beschreiben:



.....

.....

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)?

.....

.....

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.

Bitte gelbes Untersuchungsheft, Impfausweis und Arztbriefe mitbringen.

_____ Datum

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r