

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

(Kinder / Jugendliche von 2 bis 17 Jahren)

(Ergänzung zur Krankenhauseinweisung)

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"/> sonstige Formen	
Aufnahme-Indikation(en) _____ _____ _____	

Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

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

Termin am _____

Telefon-Nr. des Patienten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<p>1) Insulin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja IE/Tag, Verteilung _____ Insulinpumpe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pumpenmodell _____</p> <p>2) akute Beschwerden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: _____</p> <p>2) aktuelle Laborwerte HbA_{1c} _____ BZ-Werte: _____ sonstige Werte: _____ Azeton im Urin: _____</p> <p>4) Erstdiagnose (T/M/J): _____</p> <p>5) Gewichtsverlust (akut) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Größe _____ cm / Gewicht _____ kg</p> <p>6) orale Medikation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ <i>L-Thyroxin / Metformin / Sonstige</i></p> <p>7) Hypoglykämie-Probleme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? _____ Anzahl hilfsbedürftiger Hypos/Jahr _____</p> <p>8) Folgeerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? _____</p> <p>9) Verständigungsprobleme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Sprache: _____</p> <p>10) besondere/wechselnde Belastung, z. B. Leistungssport _____</p> <p>11) KIGA/Schultyp? _____ Hortbetreuung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>12) weitere Erkrankungen [z.B. AD(H)S, Allergien, Asthma, Depression, Schilddrüsenerkrankung, Zöliakie, Behinderung] <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche? _____)</p> <p>13) 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>14) Patient/-in war schon stationär bei uns? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann? _____)</p> <p>15) Wer ist sorgeberechtigt? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> <p>16) Bei wem lebt das Kind? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Einrichtung der Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> <p>17) Bestanden oder bestehen Erziehungshilfen von Seiten des Jugendamtes? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>18) Lagen bereits Kinder-/Jugendpsychiatrische Aufenthalte vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann? _____) Psychotherapie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann? _____) Arztbriefe bitte mitbringen.</p> <p>19) Bitte für folgende Kurse/Gruppen gesonderte Anmeldeunterlagen anfordern: <input type="checkbox"/> Kinderkurs/Jugendkurs <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Kurs <input type="checkbox"/> Insulinpumpengruppe Telefon 07931 594-517 oder Internet: www.diabetes-zentrum.de/downloads.html</p>
--	---

