

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

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

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"/> Pankreopriver Diabetes	<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

1) akute Beschwerden welche: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2) aktuelle Laborwerte HbA _{1c} _____ BZ-Werte: _____ sonstige Werte: _____	
3) Erstdiagnose:	
4) Gewichtsprobleme Größe _____ cm / Gewicht _____ kg	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5) orale Medikation _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<i>SH / Metformin / Acarbose / Glinide / Glitazone / DPP-4</i>	
6) Insulin IE/Tag _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7) Schlafapnoe / Sauerstoff-Gerät	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8) Hypoglykämie-Probleme Anzahl hilfebedürftige Hypos/Jahr _____ Hypo-Wahrnehmungsstörung _____ Hypo-Angststörung _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9) Fußulcus akut <i>(wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich übermitteln < 10 Tage alt)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
MRSA/MRE Infektion mit MRSA/MRE aktuell _____ früher _____ Risikopatient MRSA/MRE nach RKI _____ <i>z.B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, ... (wenn 1 x „ja“, bitte aktuellen Abstrich übermitteln < 10 Tage alt)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
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

10) Schwangerschaft: jetzt _____ SSW	
11) besondere (z. B. vegan), traditionelle / kulturelle Ernährung bzw. Lebensstil: welche/r? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12) besondere / wechselnde Belastung z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit welche? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
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: _____	
14) Verständigungsprobleme? (schwerhörig / gehörlos / blind / kognitive Beeinträchtigung / nicht deutschsprachig?) Welche Sprache? _____ (wenn nicht deutschsprachig)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
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	
16) Patient/-in war schon stationär bei uns? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wann? _____)	

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