Checkliste – Pumpenneueinstellung

OA-004-06-10

INDIKATION ZUR **NEUEINSTELLUNG** AUF INSULINPUMPENTHERAPIE

Versichert bei

Adressfeld

q Frau **q** Herr

geb. am

Alter

Datum:

Pflegestufe **q** nein **q** ja (welche? _____)

q Typ 1-Diabetes mellitus **q** Typ 2-Diabetes mellitus
q Pankreopriver Diabetes **q** sonstige Formen

Aufnahme-Indikation(en)

_____

_____

Wahlleistungen

(siehe DRG-Entgelttarif)

q ja **q** nein

q W-CA **q W-EZ** **q W-DZ**

q W-EZk **q W-AP**

Termin am _____

Telefon-Nr. des Patienten

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erstdiagnose Typ 1: _____
Gewichtsprobleme **q** nein **q** ja
HbA_{1c}-Wert: _____

Intensivierte Insulintherapie seit: _____
Größe _____ cm Gewicht _____ kg
Blutzucker: von _____ bis _____ mg/dl

Pumpeninformationsgespräch bereits erhalten: **q** nein **q** ja
Pumpe zur Probe getragen **q** nein **q** ja
Für welche Pumpe entschieden (Pumpentyp / Firma?) _____

Pumpenindikation:

q Hypoglykämieprobleme Anzahl hilfebedürftige Hypos/Jahr _____
q Hypo-Wahrnehmungsstörung **q** hohe Morgenwerte (Dawn-Phänomen)
q wechselnde Belastungen / Arbeitszeiten **q** anhaltende Entgleisungen **q** dysregulativer Diabetes mellitus
q hoher Insulinbedarf **q** niedriger Insulinbedarf Gesamteinheiten: _____ E/24h bei _____ kg Körpergewicht
sonstiges: _____

Folgeerkrankungen, wenn ja welche?

diabetische Nephropathie	**q** nein	**q** ja	Dialyse	**q** nein	**q** ja
diabetische Retinopathie	**q** nein	**q** ja			
blind	**q** nein	**q** ja			
diabetische Cataract	**q** nein	**q** ja			
diabetische Neuropathie	**q** nein	**q** ja			
diabetische Sexualstörung	**q** nein	**q** ja			
diabetische Arthropathie	**q** nein	**q** ja			
Fußulcus akut	**q** nein	**q** ja	Z. n. Amputation (untere Extremität)	**q** nein	**q** ja
Infektion mit MRSA	**q** nein	**q** ja			
neuropathische Schmerzen	**q** nein	**q** ja			
Charcot-Fuß	**q** nein	**q** ja			

sonstige: _____

q Schwangerschaft: jetzt _____ SSW
q Verständigungsprobleme (schwerhörig / gehörlos / blind / kognitive Beeinträchtigung / nicht deutschsprachig?) **q** nein **q** ja
Welche Sprache? _____ (wenn nicht deutschsprachig)
q besondere (z. B. vegan), traditionelle / kulturelle Ernährung bzw. Lebensstil **q** nein **q** ja
wenn ja, welche? _____

Patient/-in ist einschrieben in DMP Diabetes **q** nein **q** ja
Anbindung an Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) **q** nein **q** ja
q ambulante Behandlung in DSP ohne Erfolg
Patient/-in war schon stationär bei uns? **q** nein **q** ja (wann? _____)

GRUNDVORAUSSETZUNGEN FÜR PUMPENTHERAPIE

Patient/-in ist kooperativ und motiviert?	**q** Ja
Patient/-in ist mit der Insulinpumpentherapie einverstanden?	**q** Ja
Patient/-in hat keine relevante psychische, psychiatrische Erkrankung / Suchterkrankung?	**q** Ja
Patient/-in kann ausreichend gut rechnen, verstehen (z. B. Handybedienung etc.)?	**q** Ja
Es besteht über ein Jahr Erfahrung mit der intensivierten Insulintherapie?	**q** Ja
Diabetologische Nachbetreuung gesichert?	**q** Ja

Bei Typ 2-Diabetes, welche Ausnahmebegründung für die Pumpe? _____

Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:

(Befund / psychosoziale Probleme / Motivationsprobleme)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

Telefax: 07931 594 111