

Checkliste – Einweisung Diabetes-Klinik

Für Kinder-/Jugend- und Junge Erwachsene-Kurse, Pumpen-Kurse bitte extra Checkliste und zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden, für Spezialgruppen bitte diese Checkliste und zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden (siehe Download auf der Website www.diabetes-klinik-mergentheim.de oder Telefon 07931 594-101).

Versichert bei		
Name, Vorname, Adresse	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr
	geb. am	
	Alter	
Datum:		
<input type="radio"/> Typ 1-Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Typ 2-Diabetes mellitus	
<input type="radio"/> Pankreoпрiver Diabetes	<input type="radio"/> sonstige Formen	
Aufnahme-Indikation(en) / aktuelle Beschwerden		
<hr/> <hr/>		
Patient/in ist eingeschrieben im DMP Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(welche DSP, Ort?)		
O amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg		
<input checked="" type="radio"/> Besteht Bedarf eines Entlassmanagement-Assessment? <input type="radio"/> ja (s. Seite 2) <input type="radio"/> nein		
Besteht eine gesetzliche Betreuung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Name/Telefon		

Wahlleistungen

(siehe Informationen zu Wahlleistungen)

☐ ja ☐ nein

☐ W-CA ☐ W-EZ ☐ W-DZ

☐ W-AP

Termin am

Telefon-Nr. des Patienten, Handy, Email *

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<p>1) Patient/in war schon stationär bei uns? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Wann? _____)</p> <p>2) Erstdiagnose: Monat/Jahr _____</p> <p>3) aktueller HbA_{1c}-Wert _____ BZ-Wert: _____</p> <p>4) Gewichtsprobleme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Aktuelles Gewicht _____ kg/ Größe _____ cm</p> <p>5) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wieviel IE/Tag? _____ Insulinpumpe <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wenn ja, bitte gesonderte Checkliste ausfüllen)</p> <p>6) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Welche? _____)</p> <p>7) Hypoglykämie-Probleme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Hypo-Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____ erkennt BZ < 50 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>8) Spezielle Komplikationen: Diabetische Nephropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Dialysepflicht <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Bauchfell(Peritoneal)dialyse <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Retinopathie/Katarakt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Sehbeeinträchtigungen/blind <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Neuropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Sexualstörung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Dysregulativer Diabetes mellitus <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Diabetische Arthropathie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Sonstige: _____</p>	<p>9) Fußulcus akut <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden < 10 Tage alt) Wunde/Lokalisation _____ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Z. n. Fußulcus (abgeheilt) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Charcot-Fuß <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Z. n. Amputation untere Extremität <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Multiresistente Erreger MRSA/MRGN/VRE <input type="radio"/> aktuell <input type="radio"/> früher <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Risikopatient nach RKI <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tierzucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt) Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Rollstuhl / Rollator <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja 10) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja O CPAP/BIPAP <input type="radio"/> kontin. O₂-Versorgung erforderlich 11) Behinderung/Kommunikationsproblem <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Behinderungsart? _____ nicht deutschsprachig <input type="radio"/> ja Welche Sprache? _____ 12) bestehende Schwangerschaft: jetzt _____ SSW 13) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja 14) besondere / wechselnde Belastung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit Welche? _____</p>
--	--

Anmeldung für Spezial-Gruppe (erst ab 18 Jahren!)

Spezial-Gruppen sind ausschließlich für Typ 1-Diabetiker ab 18 Jahren, es kann nur eine einzige Gruppe gewählt werden. Die Spezial-Gruppen finden nicht kontinuierlich statt.

Bitte nur eine Spezial-Gruppe ankreuzen:

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="radio"/> Hypoglykämie-Wahrnehmung | (findet 3x jährlich statt) |
| <input type="radio"/> Hypoglykämie-Angst | (findet 1x jährlich statt) |
| <input type="radio"/> Diabetes-Akzeptanz | (findet 4x jährlich statt) |
| <input type="radio"/> Junge Erwachsene (18-25 Jahre) | (findet 6x jährlich statt) |

Für Spezial-Gruppen bitte noch zusätzliche Anmeldeunterlagen verwenden:

Termine & Anmeldung: siehe Download auf der Website www.diabetes-klinik-mergentheim.de oder Tel. 07931/594-517.

Zusätzliche Informationen für die Krankenhausbehandlung:

(Befund / psychosoziale Probleme / besondere Medikation)

➔ Entlassmanagement

- 15) Bereits Pflegeeinstufung ☐ ja ☐ nein
wenn ja, Pflegegrad _____
- Bereits beantragt ☐ ja ☐ nein
Besteht schon eine Pflege ☐ ja ☐ nein
Familie, ambulanter Pflegedienst ☐ ja ☐ nein
Heim, Wohnheim, etc. ☐ ja ☐ nein

Namen, Telefon, Kontaktdaten

- 16) Nach Entlassung: Einleitung einer Rehabilitation/AHB notwendig? ☐ ja ☐ nein
ambulante Pflege notwendig? ☐ ja ☐ nein
Grundpflege notwendig? ☐ ja ☐ nein
Behandlungspflege notwendig? ☐ ja ☐ nein

- 17) Ambulant betreutes Wohnen/
Behinderteneinrichtung? ☐ ja ☐ nein

Namen, Telefon, Kontaktdaten

- 18) Werkstatt für Menschen
mit Behinderung? ☐ ja ☐ nein
Oder vergleichbarer,
ambulanter Arbeitsplatz? ☐ ja ☐ nein

Bitte Kontaktdaten von allen Beteiligten

Herrn Chefarzt

Prof. Dr. med. Thomas Haak

Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Postfach 12 43

97962 Bad Mergentheim

Telefax: 07931 594 111