

# 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](http://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"/> Pankreopriver 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?) _____	
<b><input type="radio"/> amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg</b>	
<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<sub>1c</sub>-Wert _____ BZ-Wert: _____</p> <p>4) Aktuelles Gewicht _____ kg/ Größe _____ cm</p> <p>5) Insulin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wieviel IE/Tag? _____  <b>Insulinpumpe</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Neu <input type="radio"/> Wechsel  <input type="radio"/> Kostenzusage, welche Pumpe? _____  <input type="radio"/> Patient bringt Pumpe mit</p> <p>6) FGM/CGM <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welches? _____</p> <p>7) orale Medikation <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Welche? _____)</p> <p>8) 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 &lt; 50 mg/dl <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>9) 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>10) <b>Fußulcus akut</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  (wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden &lt; 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  <b>Multiresistente Erreger</b>  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 &lt; 5 Tage alt)  Bewegungs-/Geheinschränkungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  Rollstuhl / Rollator <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  11) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  O CPAP/BIPAP <input type="radio"/> O kontin. O<sub>2</sub>-Versorgung erforderlich  12) Behinderung/Kommunikationsproblem <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  Behinderungsart? _____  nicht deutschsprachig <input type="radio"/> ja  Welche Sprache? _____  13) bestehende Schwangerschaft: jetzt _____ SSW  14) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  15) besondere / wechselnde Belastung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja  z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit  Welche? _____</p>
---	---

\* Patient hat der Übermittlung und Verwendung der E-Mail-Adresse zugestimmt

## 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:

- ☐ Hypoglykämie-Wahrnehmung (findet 3x jährlich statt)
- ☐ Hypoglykämie-Angst (findet 1x jährlich statt)
- ☐ Diabetes-Akzeptanz (findet 4x jährlich statt)
- ☐ 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](http://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