

Versichert bei		
Name, Vorname, Adresse	O Frau geb. am Alter	O Herr
Datum:		
O Typ 1-Diabetes mellitus O Pankreopriver Diabetes	O Typ 2-Diabetes mellitus O sonstige Formen	
Aufnahme-Indikation(en) / aktuelle Beschwerden		
Patient/in ist eingeschrieben im DMP Diabetes	O ja	O nein
Anbindung an Diabetol. Schwerpunktpraxis (DSP)	O ja	O nein
(welche DSP, Ort?) _____		
<b>O amb. Behandlung in DSP ohne Erfolg</b>		
➡ Ist ein Entlassmanagement notwendig?	O ja (s. Seite 2)	O nein
Besteht eine gesetzliche Betreuung?	O ja	O 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

1) Patient/in war schon stationär bei uns? O nein O ja (Wann? _____)	➤ 10) bestehende Schwangerschaft: jetzt _____ SSW
2) Erstdiagnose: Monat/Jahr _____	➤ 11) <b>Fußulcus akut</b> <b>O nein O ja</b> (wenn Fußwunde, bitte aktuellen Abstrich senden < 10 Tage alt)
3) aktueller <b>HbA<sub>1c</sub></b> -Wert _____ höchster BZ-Wert im letzten Monat: _____	Wunde _____ O nein O ja Z. n. Fußulcus (abgeheilt) O nein O ja Charcot-Fuß O nein O ja Z. n. Amputation untere Extremität O nein O ja
4) Aktuelles Gewicht _____ kg/ Größe _____ cm	<b>Multiresistente Erreger</b>
5) Insulin O nein O ja, wieviel IE/Tag? _____ <b>Insulinpumpe</b> O nein O ja O <b>Neu</b> O <b>Wechsel</b> Kostenzusage liegt vor O nein O ja Pat. bringt Insulinpumpe mit O nein O ja Modell: _____	MRSA/MRGN/VRE aktuell O nein O ja früher O nein O ja Risikopatient nach RKI O nein O ja z. B. Sonde, Dialyse, Wunde, aus Pflegeheim, Krankenhaus, Tier- zucht o. ä. (wenn 1x „ja“, bitte aktuellen Abstrich senden < 5 Tage alt)
6) FGM/CGM O nein O ja, welches? _____	Bewegungs-/Geheinschränkungen O nein O ja Rollator O nein O ja Rollstuhl O nein O ja
7) orale Medikation O nein O ja (Welche? _____)	12) Schlafapnoe / respirat. Insuffizienz O nein O ja O kontin. O <sub>2</sub> -Versorgung erforderlich, Firma: _____
8) Hypoglykämien < 60 mg/dl O nein O ja Hypoglykämie-Probleme O nein O ja Hypo-Wahrnehmungsstörung O nein O ja < 50 mg/dl <b>nicht</b> verlässlich erkannt O nein O ja Anzahl Hypos mit Fremdhilfe/letzte 12 Mon. _____	13) Kommunikationsproblem O nein O ja nicht deutschsprachig O ja Welche Sprache? _____ Wird Dolmetscher benötigt u. mitgebracht? O nein O ja
9) Spezielle Komplikationen: Diabetische Nephropathie O nein O ja Dialysepflicht O nein O ja Bauchfell(Peritoneal)dialyse O nein O ja Diabetische Retinopathie/Katarakt O nein O ja Starke Sehbeeinträchtigungen O nein O ja Blind O nein O ja Diabetische Neuropathie O nein O ja Diabetische Sexualstörung O nein O ja Dysregulativer Diabetes mellitus O nein O ja Diabetische Arthropathie O nein O ja	14) Behinderung O nein O ja Behinderungsart? _____ 15) besondere Ernährung / Unverträglichkeiten, kulturell, vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz O nein O ja _____ 16) besondere / wechselnde Belastung O nein O ja z. B. besondere körperliche Aktivität, Schichtarbeit, Außendienst Welche? _____

## 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 Typ 1-Diabetes       | (findet 2x jährlich statt) |
| <input type="radio"/> Hypoglykämie-Angst Typ 1-Diabetes             | (findet 2x jährlich statt) |
| <input type="radio"/> Diabetes-Akzeptanz Typ 1-Diabetes             | (findet 4x jährlich statt) |
| <input type="radio"/> Junge Erwachsene (18-25 Jahre) Typ 1-Diabetes | (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 O ja, Pflegegrad \_\_\_\_\_  
Bereits beantragt O ja O nein  
ambulanter Pflegedienst O ja O nein  
stationäres Pflegeheim O ja O nein

Namen, Telefon, Kontaktdaten

---

---

---

- 16) Nach Entlassung:  
Ambulante Pflege notwendig? O ja O nein  
Grundpflege notwendig? O ja O nein  
Behandlungspflege notwendig? O ja O nein  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Namen, Telefon, Kontaktdaten

---

---

---

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

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