



☐ Herr

☐ Frau

Datum:

Name: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

privat:

mobil:

dienstlich:

Krankenkasse: _____ Wahlleistungen ☐ ja ☐ nein

Hausarzt: _____ Telefon: _____ Einweiser ☐ ja ☐ nein

Name, Anschrift

Diabetologe: _____ Telefon: _____ Einweiser ☐ ja ☐ nein

Falls vorhanden

Name, Anschrift

Diabetes Typ 1 ☐ Diabetes Typ 2 ☐ seit wann?: _____

Frühere KH Aufenthalte: ☐ ja ☐ nein Falls ja, wann? : _____ Station: _____

Aktuelle Therapie:

☐

Insulin (Wann, wie oft?): _____

☐ Tabletten (Welche, wie oft?): _____

Aktuelle BZ-Werte: _____ mg/dl von: _____ HbA1c _____ %

Vorhandene Begleiterkrankungen: _____

Bemerkung: _____

(z. B. soziale Probleme, fehlende Compliance, Essstörungen, sonstige med. Begründung, bisheriger Behandlungsverlauf)

☐ Insulinpumpe: ☐ nein ☐ ja ☐ Neu ☐ Wechsel / Modell: _____

Kostenzusage liegt vor ☐ nein ☐ ja / bringt Insulinpumpe mit: ☐ nein ☐ ja

☐ FGM/CGM ☐ nein ☐ Ja, welches? _____

Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen: ☐ ja ☐ nein

Ernährungsform/Unverträglichkeit: Vegan, Zöliakie, Laktoseintoleranz? ☐ ja ☐ nein

Dringlichkeit hoch: ☐ ja ☐ nein Geplante Aufnahme am: _____