



Herr Frau

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: _____

Insulinpumpe: nein ja Neu Wechsel / Modell: _____

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

FGM/CGM nein Ja, welches? _____

Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen: ja nein

Bemerkung: _____

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

Covid-19- Impfung? nein genesen: _____ ja, wie oft _____

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

Dringlichkeit hoch: ja nein Geplante Aufnahme am: _____