

# ANMELDEFORMULAR

für einen akut-stationären Aufenthalt im  
Diabetes- und Stoffwechselzentrum

Chefarzt Dr. Andreas Liebl

Krankenkasse/Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Patienten \_\_\_\_\_

## WICHTIGE ANGABEN ZUR AUFNAHME

Terminwunsch für die Aufnahme: \_\_\_\_\_

### Aufnahme-Indikation – akute Diabetesdiagnose

Diabetes mellitus  Typ 1  Typ 2  anderer Typ: \_\_\_\_\_

### Insulintherapie

Wocheninsulin?  nein  ja

Umstellung von Wocheninsulin auf anderes Basalinsulin notwendig?  nein  ja

### Insulinpumpe

Neuanlage Insulinpumpe  nein  ja →

Bei neuer Pumpe: technische Einweisung durch Hersteller vor Klinikaufenthalt erforderlich!  nein  ja

Bereits erfolgt?  nein  ja

**Pumpentyp**

Medtronic MiniMed

Roche Insight/Combo

Tandem t:slim X2

Omnipod

Dana

Ypsopump

Kaleido

\_\_\_\_\_

Diabetesbezogene Ängste oder Akzeptanzstörung mit Therapiebedarf  nein  ja

Hilfs- oder Pflegebedarf  nein  ja →

Fußulcus  nein  ja

Sprachbarriere  nein  ja →

**Pflegebedarf besteht bei**

Diabetestherapie

Körperpflege

\_\_\_\_\_

**Heimatsprache:**

\_\_\_\_\_

Details bitte unten eintragen

### Aufnahme-Indikation / akute Diabetesdiagnose / Besonderheiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte an die 08046 18-4114 faxen.

Sie können uns jederzeit gerne persönlich erreichen unter 08046 18-4106 (Dr. Liebl) oder 08046 18-4141 bzw. -1140 (Aufnahme)

Stempel des einweisenden Arztes \_\_\_\_\_