

Transferbogen für Diabetespatientinnen und -patienten

FÜR DIE TRANSITION IN DIE ERWACHSENENMEDIZIN

Datum: _____

Praxisdaten (Stempel mit Faxnummer)

PATIENTENDATEN:

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

DIAGNOSE:

Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 MODY Manifestationsdatum: _____

Weitere Diagnosen: _____

Folgeerkrankungen: Hypertonie Retinopathie Nephropathie Neuropathie

Komorbiditäten: Autoimmunthyreoiditis Zöliakie

Psychische Komorbiditäten: Essstörung Angststörung Andere

Psychotherapeutische Betreuung: _____

wenn ja, wo und wann _____

AKTUELLER MEDIKATIONSPLAN:

Insulintherapie: ICT Insulinpumpe CGM/FGM

Insulin: Bolusinsulin Basalinsulin

Plan wird mitgefaxyt/gemailt

Weitere Medikamente: _____

Letzte Schulung: _____

Schulungsstand: _____

Sozialanamnese: _____

Diabetespass: vorhanden muss neu ausgestellt werden

HbA_{1c}-Verlauf letzte 4 Quartale und „Ausreißer“ im Verlauf: _____

AKTUELLE ANGABEN:

Gewicht: _____ Größe: _____ BMI: _____

Besonderheiten / Empfehlungen (psychosozial, medizinisch/beruflich) _____

Praxisdaten (Stempel mit Faxnummer)

ERSTVORSTELLUNGSTERMIN:

Termin wurde wahrgenommen

Termin wurde nicht wahrgenommen

ES WERDEN WEITERE INFORMATIONEN AUS DER PÄDIATRISCHEN PRAXIS GEWÜNSCHT.

Nein Ja, zum Thema:

Nach Vorstellung des Patienten in Ihrer Sprechstunde wird um Rücksendung des Transferbogens an die pädiatrische Praxis gebeten.

Fax.-Nummer/ Mailadresse: _____

INSULINTHERAPIE:

Blutzuckermessgerät: _____

Stechhilfe: _____

CGM-/FGM-System: _____

ICT:

kurzwirksames Insulin: _____

Basalinsulin: _____

Pennadeln: _____

INSULINPUMPENTHERAPIE:

Insulin: _____

Insulinpumpenmodell: _____

Katheter: _____

Der individuelle Insulintherapieplan liegt gesondert bei.