



CRF Diabetes Eingang

A Basisdaten

A.1	Geburtsdatum:	 DD MM JJJJ																		
A.2	Geschlecht:	weiblich ☐ männlich ☐																		
A.3	Schulischer Status / Berufsausbildung (höchster zuletzt zutreffender Status):	<table><tr><th colspan="6">Schulart / Schuljahr / Ausbildung</th></tr><tr><td>keine</td><td>Sonder</td><td>Haupt</td><td>Real</td><td>Gymn.</td><td>Ausb.</td></tr><tr><td>☐</td><td>____. Kl.</td><td>____. Kl.</td><td>____. Kl.</td><td>____. Kl.</td><td>____. Kl.</td></tr></table>	Schulart / Schuljahr / Ausbildung						keine	Sonder	Haupt	Real	Gymn.	Ausb.	☐	____. Kl.	____. Kl.	____. Kl.	____. Kl.	____. Kl.
Schulart / Schuljahr / Ausbildung																				
keine	Sonder	Haupt	Real	Gymn.	Ausb.															
☐	____. Kl.	____. Kl.	____. Kl.	____. Kl.	____. Kl.															
A.4	Besonderer Betreuungsbedarf (Behinderung: geistig / körperlich / Lernen / Sprache / Sehen / betreute Werkstatt):	<table><tr><td>GB</td><td>KB</td><td>LB</td><td>SH</td><td>SB</td><td>WS</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	GB	KB	LB	SH	SB	WS	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
GB	KB	LB	SH	SB	WS															
☐	☐	☐	☐	☐	☐															
A.5	Familiäre Situation: Andere Lebensform (welche?):	<table><tr><td>mit beiden Eltern</td><td>bei einem Elternteil</td><td>Anzahl Geschwister</td><td>Familien- mitglied mit chronischer Krankheit</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table> _____	mit beiden Eltern	bei einem Elternteil	Anzahl Geschwister	Familien- mitglied mit chronischer Krankheit	☐	☐	_____	_____										
mit beiden Eltern	bei einem Elternteil	Anzahl Geschwister	Familien- mitglied mit chronischer Krankheit																	
☐	☐	_____	_____																	
A.6	Psychosoziale Risikofaktoren:	keine ☐ vorhanden: _____																		
A.7	Wegezeit zum bisherigen Arzt:	_____ Std. zum Kinder- und Jugendmediziner _____ Std. zum sozialpädiatrischen Zentrum _____ Std. zur Spezialambulanz																		
A.8	Vernetzung:	eigenes Mobiltelefon ☐ Internetanschluss / Email ☐																		
A.9	Mobilität:	uneingeschränkt ☐ gehbehindert ☐ Rollstuhl ☐																		
A.10	Datum des Transitionsbeginns (Einschreibung ins Programm am):	 DD MM JJJJ																		
B Klinische Parameter (Diabetes mellitus)																				
B.1	Grunderkrankung:	Hauptdiagnose: _____ Seit: _____ Jahren																		



B.2	Relevante Begleiterkrankungen:	Beschreibung	ICD-10
		1. _____	_____
		2. _____	_____
		3. _____	_____
		4. _____	_____

B.3	Letzter HbA1c-Wert vor Transition:	____, ____%
-----	------------------------------------	-------------

B.4	Ketoazidosen, Anzahl im Jahr vor Transition:	_____
-----	--	-------

B.5	Schwere Hypoglykämien, Anzahl im Jahr vor Transition:	_____
-----	---	-------

B.6	Stationäre Aufnahmen wegen Grunderkrankung, Anzahl im Jahr vor Transition:	_____
-----	--	-------

B.7	Teilhabe am Alltag nach Einschätzung des Arztes:	nicht beeinträchtigt ☐	mäßig beeinträchtigt ☐	stark beeinträchtigt ☐
-----	--	---	---	---

C Strukturqualität

C.1	Erforderliche Qualifikation von weiterbehandelndem Arzt / Zentrum vorhanden?	ja ☐	nein ☐
-----	--	--------------------------------	----------------------------------

C.2	Checkliste Bedarfsanalyse beim Arzt vorhanden zu Programmbeginn?	ja ☐	nein ☐
-----	--	--------------------------------	----------------------------------

C.3	Fragebögen für Patienten und Angehörige vorhanden zu Programmbeginn?	ja ☐	nein ☐
-----	--	--------------------------------	----------------------------------

C.4	Informationsmaterial beim Arzt vorhanden zu Programmbeginn?	ja ☐	nein ☐
-----	---	--------------------------------	----------------------------------

C.5	Informationsmaterial beim Patienten vorhanden zu Programmbeginn?	ja ☐	nein ☐
-----	--	--------------------------------	----------------------------------

D Transitionsmodell

D.1	Gewähltes Transitionsmodell:	1 (direkt) ☐	2 (sequenziell) ☐	3 (entw. zentriert) ☐	4 (einr. zentriert) ☐
-----	------------------------------	---	--	--	--

Vielen Dank!