



A Basisdaten

A.1	Schulischer Status/ Berufsausbildung (höchster zuletzt zutreffender Status):	Schulart / Schuljahr / Ausbildung					
		keine ☐	Sonder ____. Kl.	Haupt ____. Kl.	Real ____. Kl.	Gymn. ____. Kl.	Ausb. ____. Kl.
A.2	Besonderer Betreuungsbedarf (Behinderung: geistig / körperlich / Lernen / Sprache / Sehen / betreute Werkstatt):	GB ☐	KB ☐	LB ☐	SH ☐	SB ☐	WS ☐
A.3	Familiäre Situation:	mit beiden Eltern ☐	bei einem Elternteil ☐	Anzahl Geschwister _____	Familien- mitglied mit chronischer Krankheit _____		
	Andere Lebensform (welche?):	_____					
A.4	Psychosoziale Risikofaktoren:	keine ☐	vorhanden _____				
A.5	Wegezeit zum neuen Arzt:	_____ Std.	zum Kinder- und Jugendmediziner				
		_____ Std.	zum sozialpädiatrischen Zentrum				
		_____ Std.	zur Spezialambulanz				
A.6	Mobilität:	uneingeschränkt ☐	gehbehindert ☐	Rollstuhl ☐			

B Klinische Parameter (Diabetes mellitus)

B.1	Grunderkrankung:	Hauptdiagnose: _____ Seit: _____ Jahren	
B.2	Relevante Begleiterkrankungen:	Beschreibung	ICD-10
		1. _____	_____
		2. _____	_____
		3. _____	_____
		4. _____	_____
		5. _____	_____
		6. _____	_____
B.3	Letzter HbA1c-Wert nach Transition:		____, ____%
B.4	Ketoazidosen, Anzahl seit Beginn Transition:		_____



B.5	Schwere Hypoglykämien, Anzahl seit Programmeinschreibung:			
B.6	Stationäre Aufnahmen wegen Grunderkrankung, Anzahl seit Programmeinschreibung:			
B.7	Teilhabe am Alltag nach Einschätzung des Arztes:	nicht beeinträchtigt ☐	mäßig beeinträchtigt ☐	stark beeinträchtigt ☐
B.8	Gesamteindruck des Weiterbehandelnden zum Erfolg des Transitionsprozesses:	Transition gelingen ☐	noch weiterer Steuerungs- aufwand nötig ☐	noch erheblicher Steuerungs- aufwand nötig ☐
C Prozesse				
C.1	Planmäßige Vorstellungstermine alle 3 Monate:	alle wahr- genommen ☐	1 Termin versäumt ☐	2 oder mehr Termine versäumt ☐
C.2	Planmäßige Transitionsgespräche:	alle wahr- genommen ☐	1 Termin versäumt ☐	2 oder mehr Termine versäumt ☐
C.3	HbA1c-Bestimmung alle 3 Monate:	alle durch- geführt ☐	1 Messung versäumt ☐	2 oder mehr Messungen versäumt ☐
C.4	Blutdruckmessung, ggf. über 24 h, alle 3 Monate:	alle durch- geführt ☐	1 Messung versäumt ☐	2 oder mehr Messungen versäumt ☐
C.5	Jährliche Bestimmung Mikroalbuminurie:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐	
C.6	Jährlicher neurologischer Status:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐	
C.7	Jährlicher Fußstatus:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐	
C.8	Jährlicher Lipidstatus:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐	



C.9	Jährliche Netzhautuntersuchung:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐		
C.10	Benötigte Reminder:	keine ☐	max. einen pro Termin ☐	mehr als einen zu einem oder mehr Terminen ☐	
C.11	Gemeinsame Sprechstunde durchgeführt:	nein ☐	einmal ☐	zweimal ☐	
C.12	Fallkonferenz durchgeführt:	nicht erforderlich ☐	nein ☐	einmal ☐	zweimal ☐
C.13	Checkliste Bedarfsanalyse ausgefüllt:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.14	Patienten-Fragebögen ausgefüllt:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.15	Eltern-Fragebögen ausgefüllt:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.16	Zufriedenheitsfragebogen Leistungserbringer:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.17	Zufriedenheitsfragebogen Patienten:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.18	Vollständigkeit der sonstigen Arztdokumentation:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.19	Mitarbeit Patient:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐	
C.20	Mitarbeit Eltern:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐	
C.21	Mitarbeit pädiatrischer Spezialist:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐	



**Berliner
Transitions
Programm**

CRF Diabetes Abschluss

Patient ID:

Datum der Dokumentation:

C.22	Mitarbeit Erwachsenenspezialist:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐
C.23	Transitionsmodell adäquat?	ja ☐	teilweise ☐	nein ☐

D Durchführung und Ende Transition

D.1	Durchgeführtes Transitionsmodell:	1 (direkt) ☐	2 (sequenziell) ☐	3 (entw. zentriert) ☐	4 (einr. zentriert) ☐
D.2	Transitionsprogramm beendet am:	__ __ __ DD MM JJJJ	planmäßig ☐	vorzeitig ☐	verstorben ☐

Vielen Dank!