*Bitte Rücksenden an:*

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Dr. med. Karsten Milek

**KiDS-KURS 2017**

An der Pforte 5

06679 Hohenmölsen

**ANMELDUNG zum 26. KiDS - KURS**

**22. Juli bis 05. August 2017**

14-tägiger „Behandlungs- und Schulungskurs

für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ-1“

Liebe Eltern,

der KiDS-KURS bedarf einer rechtzeitigen und gründlichen Planung. Deshalb versuchen wir, möglichst viele Informationen bereits bei der Anmeldung Ihres Kindes zu erfassen.

Selbstverständlich werden die Angaben streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich zur Durchführung des Kurses (Bedarfsplanung, Zusammensetzung der Gruppen und Betreuer) und ggf. zur Unterstützung für den Antrag bei den zuständigen Krankenkassen.

**Angaben über Ihr Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Straße . Hausnummer |  |
| PLZ . Ort |  |
| Geburtstag |  |
| Geschlecht des Kindes |  |
| T-Shirt Größe |  |

**Angaben über Eltern / Erziehungsberechtigte**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname . Name |  |
| Telefon \_ privat | ( ) |
| Telefon \_ dienstlich | ( ) |
| Telefon \_ mobil | ( ) |
| e-Mail-Adresse |  |

**Angaben über Ärzte Ihres Kindes**

🡪 Bitte achten Sie hier besonders auf vollständige und richtige Angaben!

 Bitte beachten Sie insbesondere die Angabe der Telefonnummern!

 Angaben über den behandelnden Diabetologen (wenn vorhanden)

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname . Name |  |
| Straße . Hausnummer |  |
| PLZ . Ort |  |
| Telefon, mit Vorwahl | ( ) |

 Angaben über den behandelnden Kinderarzt

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname . Name |  |
| Straße . Hausnummer |  |
| PLZ . Ort |  |
| Telefon, mit Vorwahl | ( ) |

 Angaben über die Krankenkasse Ihres Kindes

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Krankenkasse |  |
| PLZ . OrtStraße . Hausnummer |  |
| Zuständiger Sachbearbeiter | Frau / Herr |
| Telefon, mit Vorwahl | ( ) |
| Mein Kind ist versichert bei | Mutter □ Vater □ |
| Versicherungsnummer Kind (siehe Versicherungskarte) |  |

 **Angaben zum Diabetes und zur Behandlung Ihres Kindes**

|  |  |
| --- | --- |
| Der Diabetes ist bekannt seit (Monat/Jahr) |  |
| Wir benutzen das Messgerät (Hersteller, Typbezeichnung) | Messgerät:CGM-Messung: ja / neinFreestyle Libre: ja/ nein |
| Zur Spritztechnik Ihres Kindes (Zutreffendes bitte anstreichen!)  |  Pen □ Insulinpumpe □ |
| Hersteller und Typbezeichnung der Pens oder der Pumpe |  |

 **Derzeitige Insulineinstellung Ihres Kindes**

 Gegenwärtiger Dosisplan (Basalinsulin, BE-Faktoren, Korrekturfaktoren)

**Bei Insulinpumpentherapie bitte Basalrate pro Stunde aufschreiben und am Anreisetag mitbringen!**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Insulin | früh | vormittags | mittags | nachmittags | abends | spät |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 **Derzeitige BE oder KHE - Verteilung Ihres Kindes am Tag (Ihre Einschätzung)**

 **Kost** gesamt ( BE )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Frühstück | Mittag | Vesper | Abendbrot | Spätstück |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Woher haben Sie vom KiDS-Kurs erfahren:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hat Ihr Kind schon am KiDS-Kurs in Vorjahren teilgenommen, wenn ja, wann?**

**Weitere Angaben:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \* Wie viele Tage musste Ihr Kind im Schuljahr 2015/16 und bis jetzt diabetesbedingt im
 Krankenhaus betreut werden? \_\_\_\_\_ Tage

 \* Wie viele Tage musste Ihr Kind im Schuljahr 2015/16 und bis jetzt diabetesbedingt von
 der Schule fernbleiben? \_\_\_\_\_ Tage

 \* Traten bei Ihrem Kind im letzten Jahr schwere Unterzuckerungen auf? Wenn ja, wie
 viele? [Schwere Unterzuckerung trifft zu, wenn Fremdhilfe (Arzt, Glukagon)
 notwendig war.]

 □ Nein □ Ja Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Merkt Ihr Kind, wenn es eine Unterzuckerung hat?**

 □ Nein □ Ja wenn Ja, ab welchen Blutzuckerwert?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **\* Liegen andere Erkrankungen bei Ihrem Kind vor?**

 □ Nein □ Ja Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Nimmt Ihr Kind andere Dauermedikamente ein?**

 □ Nein □ Ja Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **\* Wann bekam Ihr Kind die letzte Tetanusimpfung?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **\* Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht?**

 □ Nein □ Ja Warum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Hat Ihr Kind ein Schwimmabzeichen? (Schwimmstufe???)**

 □ Nein □ Ja

**\* Erteilen Sie Ihrem Kind (hiermit) eine Badeerlaubnis?**

 □ Nein □ Ja

**\* Gestatten Sie Ihrem Kind (hiermit), unter unserer Aufsicht auf öffentlichen Straßen Rad zu fahren?**

 □ Nein □ Ja

**\* Was sollten wir im Vorfeld über Ihr Kind (auch noch) wissen (Allergien, Besonderheiten)?**
 (bitte ggfs. weiteres Blatt beifügen.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Eltern/ des Erziehungsberechtigten