



KiDS-KURS

14-tägiger Behandlungs- und Schulungskurs für
Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ-1



Bitte Rücksenden an:

Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Karsten Milek
KiDS-KURS 2020
An der Pforte 5
06679 Hohenmölsen

Diabetologische Schwerpunktpraxis
und Diabetesschulungszentrum
Hohenmölsen – Weißenfels

Dr. med. Karsten Milek
An der Pforte 5
06679 Hohenmölsen

Telefon 03 44 41 - 99 02 99
Fax 03 44 41 - 99 02 97
Email office@doc-milek.com
Internet www.kids-kurs.info

IK = 201105952
St.Nr.: 119/249/40265

ANMELDUNG zum 29. KiDS - KURS
18. Juli bis 01. August 2020
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. Wir richten uns streng nach der EU-DSGVO, denn der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

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	()
DMP-Teilnahme?	

Angaben über den behandelnden Kinderarzt

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

Angaben über die Krankenkasse Ihres Kindes

Name der Krankenkasse	
PLZ . Ort Straße . Hausnummer	
Versicherungsnummer Kind (siehe Versicherungskarte)	
Mein Kind ist versichert bei	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>
Zuständiger Sachbearbeiter	Frau / Herr
Telefon, mit Vorwahl	()

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 / nein Freestyle Libre: ja/ nein
Zur Spritztechnik Ihres Kindes (Zutreffendes bitte anstreichen!)	Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/>
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 2017/18 und bis jetzt diabetesbedingt im Krankenhaus betreut werden? _____ Tage

* Wie viele Tage musste Ihr Kind im Schuljahr 2017/18 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? _____

* **Hat Ihr Kind ein Schwimmbzeichen? (Schwimmstufe???)**

Nein, kann aber schwimmen

Ja, Schwimmstufe: _____

Mein Kind ist Nichtschwimmer

* **Erteilen Sie Ihrem Kind (hiermit) eine Baderlaubnis?**

Nein Ja

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

Nein Ja

* **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? _____

* **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