

Anmeldeformular

**für einen akut-stationären Aufenthalt im
Diabetes- und Stoffwechsellzentrum**

Chefarzt Dr. Andreas Liebl

Krankenkasse/Zusatzversicherung _____

Telefonnummer des Patienten _____

Wichtige Angaben zur Aufnahme

Terminwunsch für die Aufnahme: _____

Aufnahme-Indikation – akute Diabetesdiagnose

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 sonstiger Typ: _____

Insulintherapie nein ja

Insulinpumpe nein ja →

Neuanlage Insulinpumpe nein ja

Bei neuer Pumpe: technische Einweisung durch
Hersteller vor Klinikaufenthalt erforderlich!

Bereits erfolgt? nein ja

Pumpentyp

Medtronic MiniMed

Roche Insight/Combo

Tandem t:slim X2

Omnipod

Dana

Ypsopump

Diabetesbezogene Ängste oder Akzeptanz-
störung mit Therapiebedarf nein ja

Fußulcus nein ja

Hilfs- oder Pflegebedarf nein ja →

Pflegebedarf besteht bei

Diabetestherapie

Körperpflege

Sprachbarriere nein ja →

Heimatsprache:

Details bitte unten eintragen

Aufnahme-Indikation / akute Diabetesdiagnose / Besonderheiten

Bitte an die 08046 18-4114 faxen.

Sie können uns jederzeit gerne persönlich
erreichen unter 08046 18-4106 (Dr. Liebl)
oder 08046 18-4141 bzw. -1140 (Aufnahme)

Stempel des einweisenden Arztes _____