



# 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 2013**  
An der Pforte 5  
06679 Hohenmölsen

Diabetologische Schwerpunktpraxis  
und Diabeteschulungszentrum  
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.: 120/249/00469

**ANMELDUNG zum 22. KiDS - KURS**  
**20. Juli bis 3. August 2013**  
**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	
Geburtsdatum	
PLZ . Ort	
Straße . Hausnummer	

## Angaben über Eltern / Erziehungsberechtigte

Vorname . Name	
Telefon _ privat	(    )
Telefon _ dienstlich	(    )
Telefon _ Funk	(    )
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	
Sitz: PLZ . Ort Straße . Hausnummer	
Zuständiger Sachbearbeiter	Frau / Herr
Telefon, mit Vorwahl	(    )

Mein Kind ist versichert bei	Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>
Versicherungsnummer Kind (siehe Versichertenkarte)		

### Angaben zum Diabetes und zur Behandlung Ihres Kindes

Der Diabetes ist bekannt seit (Monat/Jahr)			
Wir benutzen das Messgerät (Hersteller, Typbezeichnung)			
Zur Spritztechnik Ihres Kindes (Zutreffendes bitte anstreichen!)	Spritze <input type="checkbox"/>	Pen <input type="checkbox"/>	Insulinpumpe <input type="checkbox"/>
Hersteller und Typbezeichnung der Pens oder der Pumpe			

### Derzeitige Insulineinstellung Ihres Kindes

Gegenwärtiger Dosisplan (ggf. bitte Boli angeben)

Insulin	früh	vormittags	mittags	nachmittags	abends	spät

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

Kost gesamt ( BE )

1. Frühstück	2. Frühstück	Mittag	Vesper	Abendbrot	Spätstück

## Weitere Angaben

- \* Wie viele Tage musste Ihr Kind im Schuljahr 2011/12 und bis jetzt diabetesbedingt im Krankenhaus betreut werden? \_\_\_\_\_ Tage
- \* Wie viele Tage musste Ihr Kind im Schuljahr 2011/12 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: \_\_\_\_\_
- \* 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? \_\_\_\_\_
- \* Welche T- Shirt- Größe trägt Ihr Kind? \_\_\_\_\_
- \* Hat Ihr Kind ein Schwimmbzeichen? (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?  
(bitte ggfs. weiteres Blatt beifügen.)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ort. Datum

Unterschrift der Eltern/ des Erziehungsberechtigten