

## Anfrage an das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) – Diabetologie

„Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, diesen Fragebogen auszufüllen.

So können wir Ihre Anfrage gezielt und zeitnah bearbeiten.“

---

### 1. Angaben zum Kind

- Name des Kindes: \_\_\_\_\_
  - Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
  - Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_
  - Geschlecht:  w  m  divers
  - Aktuelle Kita / Schule \_\_\_\_\_ Klasse (falls zutreffend): \_\_\_\_\_
  - Krankenkasse: \_\_\_\_\_
- 

### 2. Anliegen, Anlass Ihrer Anfrage an das SPZ

- Weiterbetreuung bei bekanntem Diabetes (s.u.)
  - Abklärung eines Diabetes-Verdachts
    - auffällige Befunden (Laborbefunde bitte mitschicken)
    - auffällige Symptome (s.u.)
  - Beratung bei frühem Stadium eines Diabetes (positive Diabetes Antikörper)
  - Therapie mit Teplizumab (Tzielid™)
- 

#### 2.1 Besteht bereits eine gesicherte Diabetes-Diagnose?

- Nein
- Ja, Typ 1 Diabetes
- Ja, Typ 2 Diabetes
- Andere / unklare Diagnose (z.B. MODY)

#### 2.2. Falls bereits Diabetes diagnostiziert wurde

- Seit wann besteht der Diabetes?
  - < 3 Monate  3–12 Monate  > 1 Jahr
- Diabetologische Betreuung:
  - Nein  Ja, wo? \_\_\_\_\_

### 2.3 Falls *keine* gesicherte Diagnose besteht

- Besteht aktuell ein Verdacht auf Diabetes?  
 Ja  Nein
- Gab es auffällige Symptome in den letzten Wochen (falls zutreffend):  
 Vermehrtes Trinken  Häufiges Wasserlassen / Einnässen  Gewichtsverlust  
 Müdigkeit / Leistungsabfall  Bauchschmerzen / Übelkeit  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Gab es auffällige Befunde?  
 Erhöhter Blutzucker  Auffälliger Urinbefund  Erhöhter HbA1c  
 Keine / unbekannt  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Wurde das Kind deshalb bereits ärztlich vorgestellt?  
(Überweisungsschein/Bericht sofern vorhanden mitschicken)  
 Praxis Hausarzt / Kinderarzt  Klinik  Wo/Sonstiges: \_\_\_\_\_  
Name Praxis / Klinik: \_\_\_\_\_

### 3. Vorerkrankungen des Kindes

Bestehen oder bestanden relevante Vorerkrankungen?

- Keine bekannten Vorerkrankungen
- Autoimmunerkrankungen (z. B. Zöliakie, Hashimoto)
- Andere chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Sonstige relevante medizinische Besonderheiten (z. B. Frühgeburt, Krankenhausaufenthalte)

#### 4. Familienanamnese bezüglich Diabetes (Erkrankungen für Eltern, Geschwister, Großeltern angeben)

- Typ-1-Diabetes
- Typ-2-Diabetes
- Schwangerschaftsdiabetes
- Kein Diabetes bekannt

(Wer? \_\_\_\_\_)

#### 4.1 Autoimmunerkrankungen (z. B. Zöliakie, Hashimoto-Thyreoiditis, Rheuma, Multiple Sklerose)

- Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Ja, wer? \_\_\_\_\_
- Keine Autoimmunerkrankungen bekannt

(Wer? \_\_\_\_\_)

---

#### 5. Angaben zur Kontaktaufnahme

- Name der/des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_
  - Telefonnummer: \_\_\_\_\_
  - E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_
  - Wer ist sorgeberechtigt?
    - Mutter und Vater
    - Mutter
    - Vater
    - andere Person \_\_\_\_\_
- 

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens – wir melden uns schnellstmöglich zurück!

Füllen Sie das PDF-Formular bitte aus, speichern es ab und senden es per  
E-Mail an [diabetes.spz@drk-kliniken-berlin.de](mailto:diabetes.spz@drk-kliniken-berlin.de)