



# 31. KiDS- Kurs

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

### Anmeldung

**Zeit:** 21. Juli bis 04. August 2024

**Ort:** DJH Jugendherberge (Bremsdorfer Mühle 1, 15890 Schlaubetal)

Liebe Eltern,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Behandlungs- und Schulungskurs "KiDS- Kurs". Mit diesem Dokument melden Sie Ihr Kind für eine Teilnahme an und wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Bitte gehen Sie davon aus, dass wir Ihre Angaben vertraulich behandeln und nicht an Dritte weitergeben. Sie dienen ausschließlich der Planung des Kurses.

Wir richten uns bei der Bearbeitung der Daten nach der EU-DSGVO.

#### 1. Angaben zu Ihrem Kind

Vorname(n)	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
<b>Wohnadresse</b> Ort	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
Shirt Größe Juli 2023	<input type="text"/>		

#### 2. Angaben über Sie, die Eltern/ Erziehungsberechtigte (wenn vom Kind abweichen)

Anrede	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Anrede	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
		Nachname	<input type="text"/>			Nachname	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>				
E-Mail (1)	<input type="text"/>	E-Mail (2)	<input type="text"/>				
Wohnadresse (wenn abweichend vom Kind)	<input type="text"/>						

### 3. Angaben zum Diabetologen Ihres Kindes

Anrede  Vorname  Nachname

Name  
Praxis/ Klinik

**Postadresse**  
Ort  PLZ

Strasse  Nr.

Telefonnummer  E-Mail

### 4. Angaben zum Kinderarzt Ihres Kindes

Anrede  Vorname  Nachname

Name  
Praxis/ Klinik

**Postadresse**  
Ort  PLZ

Strasse  Nr.

Telefonnummer  E-Mail

### 5. Angaben zur Krankenkasse Ihres Kindes

Name der Krankenkasse

**Postadresse**  
Ort  PLZ

Strasse  Nr.

Versicherungsnummer  
Ihres Kindes

Sachbearbeiter  
KK      Anrede       Vorname       Nachname

Telefonnummer       E- Mail

### 6. Angaben zur Diabetes- Behandlung

Diabetes seit:  Monat/ Jahr      FGM/ CGM System       and. BZ -Mess-System

Insulin Behandlung       Insulinpumpe (Name)       and. Insulinpumpe

### 7. Allgemeines zu Ihrem Kind

Diabetes bedingte Krankenhaustage       Diabetes bedingte Schulfehltag       Schwere Unterzuckerungen 2022

Wahrnehmung von Unterzuckerungen       Wahrnehmung der Unterzuckerung ab einem BZ-Wert:

Zöliakie

Weitere Erkrankung       Weitere Erkrankung

Zusätzliche Medikamente (Name, Dosis, Einnahme)

Aktuelle Tetanus Impfung (Monat/ Jahr)

Wissenswertes zu Ihrem Kind

Wie haben Sie von dem Behandlungs- und Schulungskurs erfahren?

Nimmt Ihr Kind zum wiederholten Male am KiDS-Kurs teil?

Datum der Beantwortung

Fragebogen beantwortet von:  
Vorname & Nachname

**8. Drucken Sie das Formular aus, unterzeichnen Sie und versenden Sie es auf dem Postweg an die unten aufgeführte Postadresse.**

**Wenn Sie die PDF- Datei nicht ausdrucken, können Sie uns das Fomular auch via E-Mail, an die unten aufgeführte E-Mail- Adresse übersenden.**

**Rücksendung via Postweg:**

Diabetes Schwerpunktpraxis  
Dr. med. Karsten Milek  
zu Hd. Frau Lisa Massow (Sachbearbeiterin KiDS- Kurs)  
An der Pforte: 5  
06679 Hohenmölsen

**Rücksendung via E-Mail:**

**Mail:** lisa.massow(at)diabetes-infotool.de

**Rücksendung via Fax:**

Tel. Nr. 034441 990297

**Telefonische Rückfragen:**

**Tel.Nr.: 034441 990299**

**Sprechzeiten: Mo.:** 08.00- 09.00 Uhr/12.00- 13.00 Uhr /14.00 - 16.00 Uhr

**Di./ Mi./ Do./ Fr.:** 08.00- 09.00 Uhr/ 12.00- 13.00 Uhr