

Vereinbarung über eine Insulinpumpentherapie

| | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------|
| Name: | Vorname: | |
| Strasse: | Wohnort: | Tel.: |
| Insulinpumpe Modell: | Seriennummer: | |

Frau/Herr _____ wurde ausführlich in die Handhabung sowie die technischen Einzelheiten der Insulinpumpe eingeführt.

Eine ICT-Schulung fand am _____ statt. Eine erneute ausführliche Belehrung und Anleitung ist zur Einleitung des Insulinpumpenprobelaufes erfolgt. Insbesondere wurde auf die konsequente Einhaltung der notwendigen Blutzuckerkontrollen und der Acetontests im Urin unter dieser Therapie hingewiesen, sowie auf die Risiken bei Nichteinhaltung der Kontrollen.

Um eine problemlose Insulinpumpenbehandlung zu gewährleisten, sind **täglich** mindestens **4 bis 5** Blutzuckerkontrollen erforderlich. Eine nächtliche Blutzuckerkontrolle gegen 2.00 Uhr muss anfangs alle **3 bis 4** Wochen erfolgen, später mindestens 1x pro 2 Monate.

Zielwerte der Insulinpumpentherapie HbA1c-Wert: Nüchtern-Blutzucker: mg/dl

Bei längerfristig erhöhten Blutzuckerwerten über mg/dl ist eine Kontrolle auf Aceton im Urin durchzuführen. Auf die Warnsymptome einer ketoacetotischen Blutzuckerentgleisung wie aussergewöhnliche Müdigkeit, starker Durst, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Bauchschmerzen wurde ausführlich hingewiesen.

Zeigt eine Korrektur mit der Insulinpumpe keinen Erfolg, ist die nächste Insulingabe unbedingt mit der Spritze / dem Pen vorzunehmen. Das Pumpen-Kathetersystem ist dann auf seine Funktionen zu überprüfen.

Bei auftretenden Unklarheiten oder in Notfallsituationen ist unverzüglich Rücksprache mit einer diabetologischen Schwerpunkt Einrichtung zu halten.

Frau/Herr _____ verpflichtet sich einmal im Quartal, mindestens jedoch zweimal jährlich in einer diabetologischen Schwerpunkt Einrichtung vorzustellen.

Die Partnerin/der Partner wurde über die Insulinpumpentherapie und deren Risiken aufgeklärt sowie in die Handhabung der Glukagoninjektion eingeführt.

Falls der Blutzucker vor dem Schlafengehen unter mg/dl liegt, muß noch BE gegessen werden.

Datum:

Unterschrift Insulinpumpenträger/in

Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift Partner/in

Telefonnummern für den Notfall