

Name, Vorname:

 \_\_\_\_\_  
 (Weiterbildungsteilnehmer)

Praxisort:

 \_\_\_\_\_  
 (Name und Postadresse der Organisation)

<b>Lernaufgabe: Anleitung eines Patienten zur Insulin-Pen-Applikation</b>		
<b>Datum der Anleitung:</b>		
<b>Kontrolle der Anleitung:</b> (Diabetesassistent/in/DDG oder Diabetesberater/in/DDG)	(Vorname, Nachname)	(Unterschrift)
<b>Alter des Patienten:</b>		
<b>Diabetesdauer:</b>		
<b>Insulin(e), zur Behandlung bei diesem Patienten (Wirkstoff und Handelsname, Art)</b>		
<b>Insulin Pen zur Behandlung bei diesem Patienten: (Produktnname)</b>		

**Lernaufgabe: Anleitung eines Patienten zur Insulin-Pen-Applikation**

<b>Beurteilung möglicher Spritzstellen</b>	
<b>Vorgehen bei der Insulin-Applikation</b> (Beschreibung in Stichpunkten)	
<b>Besonderheiten:</b>	

**Einschätzung der Insulin- Pen- Anleitung** durch Diabetesassistent/in oder Diabetesberater/in/DDG:

**Selbsteinschätzung der Insulin- Pen- Anleitung** durch Weiterbildungsteilnehmer/ in:

--