

Name, Vorname: _____

(Weiterbildungsteilnehmer)

Praxisort: _____

(Name und Postadresse der Organisation)

Lernaufgabe: Anleitung eines Patienten zur Insulin-Pen-Applikation

Datum der Anleitung:	
Kontrolle der Anleitung: (Diabetesassistent/in/DDG oder Diabetesberater/in/DDG)	(Vorname, Nachname) (Unterschrift)
Alter des Patienten:	
Diabetesdauer:	
Insulin(e), zur Behandlung bei diesem Patienten (Wirkstoff und Handelsname, Art)	
Insulin Pen zur Behandlung bei diesem Patienten: (Produktname)	

Lernaufgabe: Anleitung eines Patienten zur Insulin-Pen-Applikation	
Beurteilung möglicher Spritzstellen	
Vorgehen bei der Insulin-Applikation (Beschreibung in Stichpunkten)	
Besonderheiten:	

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

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

