

Erklæring for brug af insulinpumpe



Navn _____

CPR _____

Undertegnede erklærer hermed at have modtaget en mundtlig og skriftlig information i brug af insulinpumpe. Jeg er blevet gjort opmærksom på de risici det indebærer for mit helbred, hvis jeg ikke konstant er opmærksom på om pumpen fungerer, især risikoen for diabetisk syreforgiftning.

Jeg er indstillet på at måle blodsukre så hyppigt som anbefalet (dog altid minimum 4 gange dagligt), at justere på insulindosis efter bedste evne og at møde op til de anbefalede kontroller hos pumpe-teamet på Børneafdelingen, X købing Sygehus.

Jeg er indforstået med, at såfremt pumpen ikke har den ønskede og aftalte effekt på min diabetesregulation, eller at jeg ikke opfylder ovenstående, er det fornuftigst at jeg ophører med insulinpumpebehandlingen. Prøvetiden er 3 måneder og én gang årligt vil vi vurdere om insulinpumpe behandlingen skal fortsætte

(underskrift patient/værge)

Underskrift læge