



An das  
Integrierte Sozialpädiatrische Zentrum – iSPZ Hauner  
Fachbereich Epileptologie  
Lindwurmstraße 4  
80337 München



Zertifiziertes Epilepsiezentrum für Kinder  
und Jugendliche der Deutschen Gesellschaft  
für Epileptologie

## Anmeldebogen Tuberöse Sklerose Zentrum

Name, Vorname des Kindes			
Geburtsdatum			
PLZ, Wohnort, Straße			
Landkreis			
Telefon Festnetz / Mobil / E-Mail			
Krankenversicherung			<input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/> privat
	Name (Vater)	Geb.-Dat.:	
	Name (Mutter)	Geb.-Dat.:	
	Hauptversicherter		
Überweisender Arzt	Name:		
	Adresse:		
Wer hat das Sorgerecht?	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Bei wem lebt das Kind?	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Bezugsperson spricht	<input type="radio"/> Deutsch	<input type="radio"/> Englisch	<input type="radio"/> benötigt Dolmetscher

### Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

### Stempel des Kinderarztes:

### Von den Eltern auszufüllen:

Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind bereits in Betreuung eines anderen Sozialpädiatrischen Zentrums?

<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja. Welches? Wann zuletzt?
----------------------------	--

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind?

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Bestehen epileptische Anfälle oder der Verdacht auf epileptische Anfälle? Seit wann bestehen diese?

Wie sehen die Anfälle Ihres Kindes aus (Vorboten, Ablauf, Dauer, Häufigkeit, letzter Anfall...)?

Ist schon einem ein Status epilepticus aufgetreten und wenn ja, wann?

Welche Organe sind bei Ihrem Kind von der Tuberösen Sklerose betroffen? Inwiefern?

Nieren:

  

Haut:

  

Herz:

  

Augen:

  

Sonstiges:

## Medikation

Aktuelle Medikamente:		
Notfallmedikation:		
Bisher eingesetzte Medikamente:		
<input type="checkbox"/> Brivaracetam	<input type="checkbox"/> Bromid	<input type="checkbox"/> Carbamazepin
<input type="checkbox"/> Cannabidiol	<input type="checkbox"/> Cenobamat	<input type="checkbox"/> Clobazam
<input type="checkbox"/> Clonazepam	<input type="checkbox"/> Diazepam	<input type="checkbox"/> Eslicarbazepin
<input type="checkbox"/> Ethosuximid	<input type="checkbox"/> Everolimus	<input type="checkbox"/> Fenfluramin
<input type="checkbox"/> Gabapentin	<input type="checkbox"/> Lacosamid	<input type="checkbox"/> Lamotrigin
<input type="checkbox"/> Levetiracetam	<input type="checkbox"/> Oxcarbazepin	<input type="checkbox"/> Perampanel
<input type="checkbox"/> Phenobarbital	<input type="checkbox"/> Phenytoin	<input type="checkbox"/> Rufinamid
<input type="checkbox"/> Stiripentol	<input type="checkbox"/> Sultiam	<input type="checkbox"/> Topiramat
<input type="checkbox"/> Valproat	<input type="checkbox"/> Vigabatrin	<input type="checkbox"/> Immunglobuline
<input type="checkbox"/> Steroide	<input type="checkbox"/> Sultiam	<input type="checkbox"/> Topiramat
Weitere bisher eingesetzte Medikamente:		
Weitere bisher eingesetzte Verfahren:		
<input type="checkbox"/> Ketogene Ernährung	<input type="checkbox"/> Vagus-Nerv-Stimulator	<input type="checkbox"/> Epilepsiechirurgie
Werden die aktuellen Medikamente gut vertragen bzw. welche Nebenwirkungen bemerken Sie?		
Sind unter einem der Medikamente schon schwerwiegende Nebenwirkungen aufgetreten und wenn ja, welche?		

## Organanamnese

Schlaf:

--

Verhalten, Stimmung:

--

## Ernährung

Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung?

<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> vegetarisch	<input type="radio"/> vegan	<input type="radio"/> hypoallergen
<input type="radio"/> ketogene Ernährung	<input type="radio"/> Sonstiges:		

## Weitere Erkrankungen

Bestehen weitere Erkrankungen (welche, wie therapiert)?

------------------

## Impfungen

Ist Ihr Kind geimpft?

<input type="radio"/> Ja, nach Plan. (Bitte Impfpass zum Ersttermin mitbringen – Danke)
<input type="radio"/> Nein.
<input type="radio"/> Spezielle Impfungen (z.B. RSV):

## Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenperiode, Entwicklung

Wie ist die Schwangerschaft verlaufen, gab es Komplikationen? Wenn ja, welche?

--------------

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? Verliefe die Geburt komplikationslos?

Schwangerschaftswoche:	
Nabelschnurarterien pH:	
APGAR (5 min/10 min):	

Sind in der Neugeborenenperiode Komplikationen aufgetreten und wenn ja, welche?

----------

Welche Aussage zur Entwicklung Ihres Kindes trifft am ehesten zu

<input type="radio"/> Immer etwas schneller als andere gleichaltrige Kinder	<input type="radio"/> Wie gleichaltrige Kinder
<input type="radio"/> Sichtbare Entwicklungsverzögerung ab:	<input type="radio"/> Entwicklungsrückschritte ab:
Folgende wichtige Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht?	
Greifen: Monate	Freies Sitzen (wenn hingesezt): Monate
Hochziehen zum Stand: Monate	Erste freie Schritte: Monate
Robben/Krabbeln: Monate	Erste sinnbesetzte Wörter: Monate
Sauber: Jahre	Trocken: Jahre

Händigkeit des Kindes:

<input type="radio"/> Rechtshänder	<input type="radio"/> Linkshänder	<input type="radio"/> Unbekannt / nicht festgelegt
------------------------------------	-----------------------------------	--

## Familienanamnese

Gibt es in der Familie weitere Fälle von Tuberöser Sklerose? Treten andere Erkrankungen in der Familie auf? Wenn ja: Bei wem?

--

## Krippe, Kindergarten, Schule, Sozialverhalten/Integration

Welche Einrichtung besucht ihr Kind, handelt es sich um eine Regeleinrichtung?

--

Bei Schule: welche Klasse? Leistungen? Leistungsknicks?

--

## Operationen

Wurden Operationen durchgeführt, wenn ja, wann und welche?

--

## Welche der folgenden Therapien bestehen?

<input type="radio"/> Physiotherapie	<input type="radio"/> Logopädie	<input type="radio"/> Ergotherapie	<input type="radio"/> Heilpädagogik
<input type="radio"/> Psychotherapie	<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Sonstiges:	

## Sozialrechtliches

Schwerbehindertenausweis:	<input type="radio"/> nicht beantragt					
<input type="radio"/> ja, Grad (0-100):	Merkzeichen:	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> G	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> aG	<input type="radio"/> Sonstiges:
Pflegegrad	(1-5):					<input type="radio"/> nicht beantragt

## Psychosoziale Situation

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: 


Geburtsjahr : 


## Hilfsmittel

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?  nein

<input type="radio"/> Nachlagerungsschienen	<input type="radio"/> Nightwatch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Orthesen	<input type="radio"/> Gehilfen
<input type="radio"/> Kommunikationshilfe	<input type="radio"/> Epicare	<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> Einlagen	<input type="radio"/> Stehständer
Sonstiges (Brille etc.):				

## Hilfen für die Familie

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

Familientlastender Dienst	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sozialpädagogische Familienhilfe / Unterstützung Jugendamt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schulbegleitung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige Hilfen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Stärken und Schwächen Ihres Kindes

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut (bitte genauer beschreiben)?

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen (bitte genauer beschreiben)?

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne und wie (bitte genauer beschreiben)?

Gibt es Schwierigkeiten bei Grenzsetzung, Wunschversagung, Aufforderungen, mit Geschwistern, ...  
Sonstige Probleme (bitte genauer beschreiben)?

## Bisherige Diagnostik

Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte und sonstige Befunde bei.

Bildgebung des Gehirns (wann?, Ergebnis): <input type="checkbox"/> MRT (Kernspin) <input type="checkbox"/> CT (Computertomographie)
Genetik (welche, wo, Jahr, Ergebnis):
EEG, Videomonitoring (Jahr, Ergebnis):
Psychologische Testung (Jahr, Ergebnis)
Herzuntersuchung: EKG, Echokardiographie (Jahr, Ergebnis)
Nierenuntersuchung: Sonographie, MRT (Jahr, Ergebnis)
Weitere Untersuchungen (Jahr, Ergebnis)

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!

Ort, Datum

Unterschrift