

Name, Vorname des Kindes		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort, Straße		
Landkreis		
Telefon / Fax / E-Mail		
Krankenversicherung	<input type="radio"/> Beihilfe	<input type="radio"/> privat
Name (Vater)	Geb.-Dat.:	
Name (Mutter)	Geb.-Dat.:	
Hauptversicherter		
Überweisender Arzt	Name:	
	Adresse:	

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

Mitbetreuung im SPZ nach Tumorerkrankung/hämatologischer Erkrankung.

Spezielle Fragestellung:

Stempel des Kinderarztes:
Von den Eltern auszufüllen:

Wir möchten Ihr Kind möglichst umfassend betreuen. Damit wir Ihr Kind und die bisherige Vorgeschichte besser verstehen, bitten wir Sie einige Fragen für uns zu beantworten.

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Bitte nennen Sie uns die Erkrankung und das Datum der Erstdiagnose Ihres Kindes.

Erhält Ihr Kind aktuell eine Therapie? Bzw. sind noch Therapien geplant - wenn ja, welche?

Die intensive Therapie ist beendet. Bis wann erhielt Ihr Kind diese Therapie und um welche handelte es sich (z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie)?

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?

- Nein
- Ja. Welche?

Medikament	Dosis

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?

- Ja, zuletzt _____ Nein
- wie häufig _____
- wie lange _____

Medikation

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind bereits in Betreuung eines Sozialpädiatrischen Zentrums und/oder erhalten Sie Unterstützung durch andere Nachsorgeeinrichtungen?

(z.B. Kinderzentrum kbo München/SPZ Dritter Orden etc.)

- Nein
- Ja. Wo?.....

Gab es Auffälligkeiten / Beschwerden / Vorerkrankungen / Unfälle vor der Erstdiagnose?

- nein
- ja, welche? Wann?

Gab es bereits psychologische / neuropsychologische Voruntersuchungen / Begutachtungen / Testungen?

- nein
- ja, welche? Wann?

Bekommt oder bekam Ihr Kind Therapien? Wenn ja, seit wann und wie oft?

Seit bzw. von - bis

Physiotherapie	O nein O ja	
Praxis / Einrichtung / Adresse		
Ergotherapie	O nein O ja	
Praxis / Einrichtung / Adresse		
Logopädie	O nein O ja	
Praxis / Einrichtung / Adresse		
Psychotherapie	O nein O ja	
Praxis / Einrichtung / Adresse		

Werden noch andere, weitere Förderungen / Therapien durchgeführt? (z.B. Heilpädagogik, Reittherapie, Frühförderung, Musiktherapie, o.ä.)

Vorschulische, Schulische Entwicklung:

Besuch eines Kindergartens / Krippe? O nein O ja, seit O geplant ab

O regulär	O integrativ	O heilpädagogisch
-----------	--------------	-------------------

Name der Einrichtung / Adresse / Telefon

Gab / Gibt es Probleme im Kindergarten / Krippe?

Besuch einer Schule? O nein O ja, seit O geplant ab

Name der Schule / Adresse / Telefon:

Schulart:

Klasse:

Lehrerin:

Unterricht in der Kinderklinik durch die Schule für Kranke? Von – bis?

Gab / Gibt es Probleme in der Schule?

Familiäre Situation / Umfeld des Kindes:

Hat Ihr Kind Geschwister / Halbgeschwister?

Vorname:	Geburtsjahr:

Hilfen für die Familie:

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

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

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

Pflegegeld	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> beantragt
Pflegestufe	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> beantragt			
Grad der Behinderung	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 90	<input type="radio"/> 100
Merkzeichen	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> aG	<input type="radio"/> G		

Stärken und Schwächen Ihres Kindes:

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne? Hobbies / Interessen:

Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Mitarbeiter des Sozialpädiatrischen Zentrums (iSPZ Hauner) und Mitarbeiter der Abteilung für Hämatologie/Onkologie des Dr. von Haunerschen Kinderspitals wechselseitig von ihrer jeweiligen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift