

Anmeldung	Sozialpädiatrisches Zentrum, iSPZ Hauner Pediatric Stroke – Neurovaskuläre Erkrankungen Dr. von Haunersches Kinderspital Teilstandort Haus Goethe Eingang über Lindwurmstr. 83, 80337 München Tel.: 089 4400 55317 Fax: 089 4400 55166
Pediatric Stroke – Neurovaskuläre Erkrankungen Sprechstunde bei Schlaganfall im Kindes- und Jugendalter und bei neurovaskulären Erkrankungen	

Allgemeine Informationen:

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
PLZ, Wohnort, Straße				
Telefon / Fax / E-Mail				
Krankenversicherung	Name:	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> privat	
	Vater (Name):	Geb.-Dat.:		
	Mutter (Name):	Geb.-Dat.:		
	Hauptversicherter:			
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonst.:
Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonst.:
Kind bereits in Betreuung in einem SPZ	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Wo	<input type="checkbox"/> Warum
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

Vom überweisenden Arzt auszufüllen:**Fragestellung des überweisenden Kinderarztes (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):** Multimodale Betreuung bei Z.n. Schlaganfall Zweitmeinung bei Z.n. Schlaganfall Multimodale Betreuung bei anderen neurovaskulären Erkrankungen

Patient/-in mit neurovask. Risikofaktoren für Schlaganfall (z.B. Sichelzellerkrankung, Moyamoya-Angiopathie)

Patient/-in bereits bekannt

um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes

Von den Eltern auszufüllen:

1. Angaben zur Grunderkrankung

a) Im Falle eines stattgehabten Schlaganfalls bitte folgendes ausfüllen:

Informationen zum stattgehabten (ersten) Schlaganfall:

- Datum des Ereignisses: _____
- Kurze Beschreibung der damaligen akuten Beschwerden ihres Kindes: _____

- In welcher Klinik wurde ihr Kind behandelt: _____
- Sind weitere Schlaganfälle aufgetreten: nein ja, Datum _____
- Ist ein Grund für die Schlaganfälle bekannt: nein ja: _____

b) Im Falle einer anderen neurovaskulären Erkrankung bitte folgendes ausfüllen:

Mit welcher neurovaskulären Erkrankungen stellt sich Ihr Kind bei uns vor:

2. Informationen zum jetzigen Gesundheitszustand ihres Kindes:

- Bestehen Schwierigkeiten nach dem Schlaganfall / bei neurovaskulärer Erkrankung?

nein ja, folgendes:

- mit der Kraft, Koordination oder Sensibilitätsempfinden
- mit dem Hören oder Sehen
- mit dem Sprechen oder dem Sprachverständnis
- mit dem Essen, Kauen, Schlucken
- mit dem Denkvermögen, der Merkfähigkeit, der Konzentration
- im Verhalten, bitte angeben: _____

- Treten (als Folge des Schlaganfalls) Krampfanfälle auf: nein ja
 - Braucht Ihr Kind mehr Unterstützung als Gleichaltrige Kinder im Alltag: nein ja
 - Welche Einschränkungen belasten Ihr Kind am meisten: _____

 - Braucht Ihr Kind Hilfsmittel (z.B. Schienen, Rollstuhl): nein ja: _____
 - Erhält Ihr Kind Therapien: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, andere: _____
 - Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein: nein ja, folgende: _____
-

3. Generelle Informationen über ihr Kind:

- Sind bei Ihrem Kind Krankheiten bekannt (abgesehen von dem Schlaganfall oder dessen Ursache):
 nein ja: _____
- Besteht bei Ihrem Kind eine sog. Teilleistungsstörung (z.B. Lese-Recht-Schreibschwäche):
 nein ja: _____
- Ist Ihr Kind: Rechtshänder Linkshänder
- Welche Familiensprache(n) sprechen Sie: _____
- Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte: nein ja: _____
- Besucht Ihr Kind die Schule: nein ja: _____

Weiterer Ablauf:

1. Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn uns zukommen.
2. Bitte lassen Sie uns alle Vorbefunde und Arztberichte zukommen (inkl. Röntgen- oder Kernspinaufnahmen bitte auf CD-Rom).
3. Wenn noch kein Termin vereinbart ist, nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
4. Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
 - **Gelbes Untersuchungsheft**
 - **Impfpass**
 - **iSPZ-Überweisungsschein**