

Integriertes Sozialpädiatrisches Zentrum

im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Fachbereich Pneumologie und Mukoviszidose

Fax: 089-440057879

email: cf-ambulanz@med.uni-muenchen.de

Bei u. g. Patientin/Patienten soll eine Vorstellung im integrierten sozialpädiatrischen Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner) des Klinikum der Universität der Universität München in der Christiane-Herzog- Ambulanz (Pneumologie) stattfinden, um eine detaillierte umfassende Diagnostik und Diagnosestellung vorzunehmen, die dazu passenden Therapiemaßnahmen einzuleiten und deren Umsetzung zu realisieren , um sowohl physischen als auch psychischen Folgeerkrankungen vorzubeugen und einer weiteren Verschlechterung und Chronifizierung entgegenzuwirken (§ 119 Abs. 2 SGB V)

I) Allgemeine Informationen:

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
PLZ, Wohnort, Straße				
Telefon / Fax / E-Mail				
Krankenversicherung	Name:	O Beihilfe	O privat	
	Vater (Name):	Geb.-Dat.:		
	Mutter (Name):	Geb.-Dat.:		
	Hauptversicherter:			
Sorgerecht	O Eltern	O Mutter	O Vater	O Sonst.:
Kind lebt bei	O Eltern	O Mutter	O Vater	O Sonst.:
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

II) Vom überweisenden Kinderarzt (oder Neurologen oder Kinder & Jugendpsychiater) auszufüllen

X Diagnose oder Behandlung einer komplexen pneumologischen Symptomatik oder Erkrankung oder Verdacht darauf, wie z.B.

X Diagnostik unklarer Lungenerkrankungen

X Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF)

X Interstitielle Lungenerkrankungen

X Primäre ziliäre Dyskinesie/ chronische bronchiektasenbildenden Erkrankungen

X Fehlbildungen der Lunge und des Zwerchfells

X Vorbereitung zur Lungentransplantation und Nachsorge

X Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen wie postinfektiöse Bronchitis oder nach Knochenmarks- und Lungentransplantation, nicht Asthma

X Bronchopulmonale Dysplasie

X Sonstiges:

Besonderer zusätzlicher Bedarf für:

X Sozialpädagogik / Antragstellung Hilfsmittel/Reha

X Physiotherapie / Einleitung, Durchführung

X Psychologie

Mitgegebene Befunde:

X Arztbriefe

X Bildgebung (Rö-TX, CT) auf CD

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):

Stempel des überweisenden Kinderarztes:

Sitz der Gesellschaft:
Soziale Beratungs- und
Betreuungsdienste Bayern gGmbH
Garmischer Str. 35
81373 München

Geschäftsführer:
Rainer Salz
Amtsgericht München
HRB 130 896
StNr.: 143/237/70124

Bankverbindung:
Kreissparkasse München
Starnberg
Kto.: 22 317 374
BLZ: 702 501 50

Träger:



Von den Eltern auszufüllen:

III) Aktuelle Vorstellung

Seit wann und unter welchen Bedingungen (Belastung, Schlaf etc.) beobachten Sie die Beschwerden Ihres Kindes?

War Ihr Kind wegen o.g. Beschwerden schon an anderer Stelle in Betreuung?

nein

ja, Ort / Zeitraum / bisherig durchgeführte Maßnahmen & Therapien:

Ist bereits eine Bildgebung durchgeführt worden?

nein

ja, Untersuchung / Datum:

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Gab es in der Vergangenheit besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

nein

ja, welche, wann:

Musste Ihr Kind schon einmal stationär im Krankenhaus behandelt werden? (wenn ja: weshalb, wann, bitte Arztbriefe beilegen)

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)?

nein

ja, Ort, Grund der Anbindung:

Ist Ihr Kind geimpft?

ja, nach Plan (Bitte Impfpass zum Termin mitbringen)

nein

weitere Impfungen (außerhalb der allg. STIKO-Empfehlungen):

Leidet Ihr Kind an Allergien / atopischen Erkrankungen (Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis)? Gibt es Allergien / atopische Erkrankungen in der Familie?

nein

ja (welche, seit wann, Therapie):

Familie:

Schwangerschaft und Geburt (bitte auch gelbes Heft mitbringen):

Geburtstermin (Schwangerschaftswoche):

Besonderheiten / Komplikationen bei Geburt (Kaiserschnitt / Saugglocke / Nabelschnurvorfall etc.):

APGAR (5 min / 10 min):

Geburtsgewicht / Geburtslänge / Kopfumfang:

Neugeborenenzeit (ersten 28 Lebenstage)

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

ja: _____ (Ort, Aufenthaltsdauer)

nein

Musste Ihr Kind beatmet werden?

ja: _____ (wie lange)

nein

Gab es besondere Krankheiten / Infektionen in den ersten 4 Lebenswochen?

ja: _____ (welche)

nein

Säuglingszeit (erstes Lebensjahr)

Gab es in der Säuglingszeit schwere Infektionen?

O ja: _____ (Häufigkeit, welche)

O nein

Bestand ein chron. Schnupfen / Husten / wiederholt Infektionen im HNO-Bereich?

O ja: _____ (was, Häufigkeit)

O nein

Sozialanamnese

Mein Kind besucht

O Kinderkrippe, seit:

O Kindergarten, seit:

O Schule, seit / Art der Schule:

O Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

Ablauf der Behandlung von Kassenpatienten im iSPZ:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen I bis III mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn abgestempelt
 - ⇒ mit allen vorhandenen Arztbriefen, Laborbefunden und vorhandener bildgebender Diagnostik (Röntgenthorax , CT-/MRT-Untersuchungen auf CD) zukommen.
- 2) Bezüglich eines Termins in unserer iSPZ-Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
- 3) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
 - ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
 - ⇒ Impfpass
 - ⇒ iSPZ-Überweisungsschein, Pneumologie Überweisungsschein (2. Scheine)

Ablauf der Behandlung von Privatpatienten im iSPZ:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen Teil I und II mit Ihrer überweisenden Ärztin/ ihrem überweisenden Arzt aus und legen ihn Ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vor.
- 2) Nach der Genehmigung durch die Krankenkasse lassen Sie uns bitte die Genehmigung sowie Teil I-III mit allen vorhandenen Arztbriefen, Laborbefunden und vorhandener bildgebender Diagnostik (Röntgenthorax, CT/MRT-Untersuchungen auf CD) zukommen.
- 3) Bezüglich eines Termins in unserer iSPZ Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
- 4) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie, zusätzlich zu Arztbriefen und Bildgebung, mitzubringen:
 - Gelbes Untersuchungsheft
 - Impfpass

Kontakt:

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Kinderpneumologie Christiane-Herzog-Ambulanz
Lindwurmstr. 4
80337 München

Telefon: 089 4400 57878
Fax: 089 4400 57879

@: cf-ambul@med.uni-muenchen.de