Anmeldung-Stoffwechsel	**INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM** im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)

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:			

Vom überweisenden Arzt auszufüllen

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

O um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen:

II) Aktuelle Vorstellung

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden Ihres Kindes. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

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

O nein

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

Sind bereits Laboruntersuchungen durchgeführt worden?

O nein

O ja, Untersuchung / Datum:

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Hält Ihr Kind eine bestimmte Diät ein?

III) Medizinische Vorgeschichte

Besteht bei Ihrem Kind eine bekannte Stoffwechselerkrankung?

O nein

O ja, welche, seit wann bekannt:

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)?

O nein

O ja, Ort, Grund der Anbindung:

Ist Ihr Kind geimpft?

O ja, nach Plan (Bitte Impfpass zum Termin mitbringen)

O nein

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

Gibt es weitere Stoffwechselerkrankungen in Ihrer Familie?

O nein

O ja (welche, seit wann, Therapie):

O Familie:

Schwangerschaft und Geburt (bitte auch gelbes Heft mitbringen):

O Geburtstermin (Schwangerschaftswoche):

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

O APGAR (5 min / 10 min):

O Geburtsgewicht / Geburtslänge / Kopfumfang:

Neugeborenenzeit (ersten 28 Lebenstage)

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

O ja: _____ (Ort, Aufenthaltsdauer) O nein

Musste Ihr Kind beatmet werden?

O ja: _____ (wie lange) O nein

IV) Sozialanamnese

Mein Kind besucht

O Kinderkrippe, seit:

O Kindergarten, seit:

O Schule, seit / Art der Schule:

O Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

Weiterer Ablauf:

1) Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn uns zusammen mit
   ⇨ allen vorhandenen Arztbriefen, Laborbefunden und anderer Diagnostik (z.B. Genetik) 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

Kontakt:

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Abteilung für angeborene Stoffwechselerkrankungen
Lindwurmstr. 4
80337 München

Telefon: 089 4400 55110
Fax: 089 4400 55111