

<b>Anmeldung- Allergologie</b>	<b>INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM</b> im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
------------------------------------	---

**I) 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.:
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

***Vom überweisenden Arzt auszufüllen***

**Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:**

um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

**Stempel des überweisenden Arztes:**

*Von den Eltern auszufüllen:*

## **II) Aktuelle Vorstellung**

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

**nein**

**ja (welche, seit wann, Therapie):**

**Familie:**

**Seit wann und unter welchen Bedingungen (Sport, Belastung, Jahreszeit, Ernährung 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 Untersuchung (Blutentnahme, Röntgenbild) durchgeführt worden?**

**nein**

**ja, Untersuchung / Datum:**

**Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?**

Name	Dosierung	Gaben / Tag

**Wird die Haut Ihres Kindes mit einer Creme behandelt?**

Name

### **III) Vorgeschichte**

**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):

### **Schwangerschaft und Geburt (bitte auch gelbes Heft mitbringen):**

Geburtstermin (Schwangerschaftswoche):

Besonderheiten / Komplikationen bei Geburt (Kaiserschnitt / Sauglocke / 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?

ja: \_\_\_\_\_ (Häufigkeit, welche)  nein

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

ja: \_\_\_\_\_ (was, Häufigkeit)  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 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

#### **Kontakt:**

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital  
Christiane-Herzog-Ambulanz, Abtlg. Asthma und Allergologie CHA  
Lindwurmstr. 4  
80337 München

Telefon: 089 4400 57878

Fax: 089 4400 57879

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