

Anmeldung Lipid- Sprechstunde	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

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

Sind bei Ihrem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

☐ nein

☐ ja (Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe bitte beilegen)

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

☐ Logopädie

☐ Ergotherapie

☐ Physiotherapie

☐ Psychotherapie

Wurde bereits eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

☐ nein

☐ ja

Erhält Ihr Kind eine spezielle Ernährung?

☐ nein

☐ ja, welche (z.B. fettmodifizierte Ernährung, vegetarische Ernährung, vegane Ernährung):

III) Vorgeschichte

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

☐ nein

☐ ja, welche, wann:

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

☐ nein

☐ ja, Ort, Grund der Anbindung:

IV) Familienanamnese

Sind bei einem Familienangehörigen hohe Blutfettwerte bekannt?

☐ nein

☐ ja, was, bei wem:

Gab es bei Verwandten Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Gefäßoperationen?

☐ nein

☐ ja, wer, was, in welchem Alter:

V) Sozialanamnese

Mein Kind besucht

☐ Kinderkrippe, seit:

☐ Kindergarten, seit:

☐ Schule, seit / Art der Schule:

☐ 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
 - ⇒ Arztbriefen, Laborbefunden und ggf. weiteren Befunden (ggf. auch von weiteren Familienmitgliedern) 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:
 - ⇒ **iSPZ-Überweisungsschein**, ggf. Kostenübernahme der Krankenkasse bei Privatversicherten
 - ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
 - ⇒ Impfpass
 - ⇒ ggf. Befund einer kinderkardiologischen Untersuchung
(über die Notwendigkeit einer kinderkardiologischen Untersuchung/IMT-Messung vorab werden Sie bei Terminvergabe informiert)
 - ⇒ **Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Kind zum Termin NÜCHTERN (12 Stunden) erscheint**
(Wasser darf getrunken werden, Säuglinge und Kleinkinder nach Rücksprache)

Kontakt:

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Lipid-Sprechstunde
Standortteil Haus Goethe
Lindwurmstr. 83-85
80337 München

Telefon: 089 4400 55137
Fax: 089 4400 55166