

Anmeldung Concussion Clinic	INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
--	---

I) Allgemeine Informationen:

Name des Kindes				
Geburtsdatum				
Straße, PLZ, Wohnort				
Telefon / Fax / E-Mail				
Bei dem Unfall handelte es sich um einen sog. BG-Fall (z.B. Unfall auf dem Weg zu/von oder in Krippe, Kindergarten, Schule oder Sportverein)	<input type="radio"/> Nein		<input type="radio"/> Ja: Der Unfall wurde bei der Unfallversicherung angezeigt: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Krankenversicherung Falls es sich um einen sog. BG Fall handelt bitte hier „Unfallkasse“ angeben	Name:		<input type="radio"/> Beihilfe	<input type="radio"/> privat
	Vater (Name):		Geb.-Dat.:	
	Mutter (Name):		Geb.-Dat.:	
	Hauptversicherter:			
Sorgerecht	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:
Kind lebt bei	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:
Kind bereits in Betreuung in einem SPZ	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Wo	<input type="radio"/> Warum:
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

Vom überweisenden Arzt auszufüllen**Fragestellung des überweisenden Kinderarztes** (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):

multimodale Betreuung bei Z.n. Commotio cerebri bzw. **leichtem** Schädel-Hirn-Trauma

multimodale Betreuung bei Z.n. **mittlerem oder schwerem** Schädel-Hirn-Trauma

um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen:

Anmeldebogen Concussion Clinic:

CoCo – Sprechstunde für Kinder und Jugendliche nach Gehirnerschütterung

1. Details zur Gehirnerschütterung:

- Datum des Unfalltags:

- Kurze Beschreibung des Unfallhergangs:

- Welche Symptome bestanden unmittelbar nach dem Unfall:

- Seit wann besucht Ihr Kind wieder die Schule/Kindergarten:

2. Betreibt Ihr Kind eine Sportart im Verein: nein ja

- Folgende Sportart(en):

- Welche Leistungsklasse:

- Trainings-/Wettkampffintervall:

- Seit wann nimmt Ihr Kind wieder am Sport teil:

3. Welche Symptome bestanden in den letzten 7 Tagen* – bitte lassen Sie ihr Kind diese Fragen selbst beantworten.

Beschwerde / Symptom	Kein	leicht		mäßig		stark	
Kopfschmerzen	0	1	2	3	4	5	6
„Druck im Kopf“	0	1	2	3	4	5	6
Nackenschmerzen	0	1	2	3	4	5	6
Übelkeit oder Erbrechen	0	1	2	3	4	5	6
Schwindelgefühl/ Benommenheit	0	1	2	3	4	5	6
Verschwommenes Sehen	0	1	2	3	4	5	6
Gleichgewichtsprobleme	0	1	2	3	4	5	6
Lichtempfindlichkeit	0	1	2	3	4	5	6
Geräuschempfindlichkeit	0	1	2	3	4	5	6
Gefühl „verlangsamt/ langsam zu sein“	0	1	2	3	4	5	6
Gefühl „wie im Nebel“/ „benebelt“ zu sein	0	1	2	3	4	5	6
„Etwas stimmt nicht mit mir“	0	1	2	3	4	5	6
Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren	0	1	2	3	4	5	6
Schwierigkeiten, sich zu erinnern	0	1	2	3	4	5	6
Erschöpfung, Ermüdung oder wenig Energie	0	1	2	3	4	5	6
Verwirrtheit	0	1	2	3	4	5	6
Schläfrigkeit	0	1	2	3	4	5	6
Emotionaler als gewohnt	0	1	2	3	4	5	6
Reizbarkeit	0	1	2	3	4	5	6
Traurigkeit	0	1	2	3	4	5	6
Nervös oder ängstlich	0	1	2	3	4	5	6
Schwierigkeiten einzuschlafen	0	1	2	3	4	5	6
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtzahl der Symptome:						von 22	
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtwert der Symptomschwere:						von 132	
Werden die Symptome durch körperliche Aktivität schlimmer?						JA	NEIN
Werden die Symptome durch geistige Aktivität schlimmer?						JA	NEIN
Wenn 100% „Ich fühle mich komplett normal“ bedeutet, wie normal fühlen Sie sich, ausgedrückt in Prozent?							
Wenn weniger als 100%, warum?							

* Postconcussion Symptom Scale (PCSS) aus Sports Concussion Assessment Tool (SCAT 5.0)

4. Liegen bereits Arztberichte / Befunde / Röntgen- oder MRT-Bilder vor: nein ja

- Ja, bei/in folgenden Ärzte / Krankenhäusern war/ist unser Kind in Betreuung:

- Ja, folgende Untersuchungen sind bereits erfolgt:

Bildgebung des Gehirns (CT, MRT, Ultraschall) Nervenwasserpunktion Blutentnahme

Andere: _____

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 (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.
- 1) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
- ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
 - ⇒ Impfpass
 - ⇒ iSPZ-Überweisungsschein, wenn es sich nicht um einen sog. BG-Fall handelt
 - ⇒ Kostenzusageübernahme der Unfallkasse bei BG-Fall

Kontakt:

Sozialpädiatrisches Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Sprechstunde für Kinder mit komplexer Concussion (CoCo)

Concussion Clinic

Teilstandort Haus Goethe

Lindwurmstraße 83, 80337 München

Tel.: 089/4400-55137, Fax: 089/4400-55166

E-Mail: concussionclinic@med.uni-muenchen.de