

Anmeldung- Allergologie	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:

O 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 / 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?

☐ 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