

Integriertes Sozialpädiatrisches Zentrum

im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Fachbereich Pneumologie und Mukoviszidose

Fax: 089-440057879

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

Bei u. g. Patientin/Patienten soll eine Vorstellung im integrierten sozialpädiatrischen Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner) des Klinikum der Universität der Universität München in der Christiane-Herzog- Ambulanz (Pneumologie) stattfinden, um eine detaillierte umfassende Diagnostik und Diagnosestellung vorzunehmen, die dazu passenden Therapiemaßnahmen einzuleiten und deren Umsetzung zu realisieren , um sowohl physischen als auch psychischen Folgeerkrankungen vorzubeugen und einer weiteren Verschlechterung und Chronifizierung entgegenzuwirken (§ 119 Abs. 2 SGB V)

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:			

II) Vom überweisenden Kinderarzt (oder Neurologen oder Kinder & Jugendpsychiater) auszufüllen

X Diagnose oder Behandlung einer komplexen pneumologischen Symptomatik oder Erkrankung oder Verdacht darauf, wie z.B.

X Diagnostik unklarer Lungenerkrankungen

X Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF)

X Interstitielle Lungenerkrankungen

X Primäre ziliäre Dyskinesie/ chronische bronchiektasenbildenden Erkrankungen

X Fehlbildungen der Lunge und des Zwerchfells

X Vorbereitung zur Lungentransplantation und Nachsorge

X Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen wie postinfektiöse Bronchitis oder nach Knochenmarks- und Lungentransplantation, nicht Asthma

X Bronchopulmonale Dysplasie

X Sonstiges:

Besonderer zusätzlicher Bedarf für:

X Sozialpädagogik / Antragstellung Hilfsmittel/Reha

X Physiotherapie / Einleitung, Durchführung

X Psychologie

Mitgegebene Befunde:

X Arztbriefe

X Bildgebung (Rö-TX, CT) auf CD

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

Stempel des überweisenden Kinderarztes:

Sitz der Gesellschaft:
Soziale Beratungs- und
Betreuungsdienste Bayern gGmbH
Garmischer Str. 35
81373 München

Geschäftsführer:
Rainer Salz
Amtsgericht München
HRB 130 896
StNr.: 143/237/70124

Bankverbindung:
Kreissparkasse München
Starnberg
Kto.: 22 317 374
BLZ: 702 501 50

Träger:



Von den Eltern auszufüllen:

III) Aktuelle Vorstellung

Seit wann und unter welchen Bedingungen (Belastung, Schlaf 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 Bildgebung durchgeführt worden?

☐ nein

☐ ja, Untersuchung / Datum:

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

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):

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

☐ nein

☐ ja (welche, seit wann, Therapie):

☐ Familie:

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?

O ja: _____ (Häufigkeit, welche)

O nein

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

O ja: _____ (was, Häufigkeit)

O nein

Sozialanamnese

Mein Kind besucht

O Kinderkrippe, seit:

O Kindergarten, seit:

O Schule, seit / Art der Schule:

O Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

Ablauf der Behandlung von Kassenpatienten im iSPZ:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen I bis III mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn abgestempelt
 - ⇒ 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, Pneumologie Überweisungsschein (2. Scheine)

Ablauf der Behandlung von Privatpatienten im iSPZ:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen Teil I und II mit Ihrer überweisenden Ärztin/ ihrem überweisenden Arzt aus und legen ihn Ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vor.
- 2) Nach der Genehmigung durch die Krankenkasse lassen Sie uns bitte die Genehmigung sowie Teil I-III mit allen vorhandenen Arztbriefen, Laborbefunden und vorhandener bildgebender Diagnostik (Röntgenthorax, CT/MRT-Untersuchungen auf CD) zukommen.
- 3) Bezüglich eines Termins in unserer iSPZ Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
- 4) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie, zusätzlich zu Arztbriefen und Bildgebung, mitzubringen:
 - Gelbes Untersuchungsheft
 - Impfpass

Kontakt:

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Kinderpneumologie Christiane-Herzog-Ambulanz
Lindwurmstr. 4
80337 München

Telefon: 089 4400 57878

Fax: 089 4400 57879

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