

<b>Anmeldung - Gastroenterologie und Hepatologie</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:		
Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonst.:
Sorgerecht	<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 (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):**

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?

War Ihr Kind wegen o.g. Beschwerden schon an anderer Stelle in Betreuung?

nein

ja, Ort / Zeitraum / bisherig durchgeführte Maßnahmen & Therapien:

Sind bei Ihrem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

nein

ja (Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe bitte beilegen)

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung?

Befindet/befand sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

Logopädie

Ergotherapie

Physiotherapie

Psychotherapie

andere Fördermaßnahmen:

Wenn ja, wann:

### 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) Sozialanamnese

Mein Kind besucht

Kinderkrippe, seit:

HPT, seit:

Kindergarten, seit:

Hort, seit:

Schule, seit / Art der Schule:

Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

Mein Kind hat (wenn ja, bitte ankreuzen)

Pflegegrad \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis mit \_\_\_\_\_ %, Merkzeichen \_\_\_\_\_

### V) Ich wünsche mir Beratung:

Psychologisch, zu \_\_\_\_\_

Sozialpädagogisch, zu \_\_\_\_\_

### Weiterer Ablauf:

1) Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt vollständig aus und lassen ihn uns zusammen mit

⇒ Arztbriefen, Laborbefunden und ggf. weiteren Befunden 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  
Kindergastroenterologie und Hepatologie  
Standortteil  
Lindwurmstr. 83-85  
80337 München

Telefon: 089 4400 55137

Fax: 089 4400 55166