

| | |
|---------------------------------|---|
| Anmeldung- GERINNUNG | 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: | <input type="checkbox"/> Beihilfe | <input type="checkbox"/> privat | |
| | Vater (Name): | Geb.-Dat.: | | |
| | Mutter (Name): | Geb.-Dat.: | | |
| | Hauptversicherter: | | | |
| Sorgerecht | <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Sonst.: |
| Kind lebt bei | <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):

multimodale Betreuung bei chronischer **Blutungsneigung**, zB Hämophilie, Faktorenmangel

multimodale Betreuung bei akuter oder chronischer **Thromboembolie**

um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen:

II) Aktuelle Vorstellung

Gibt es aktuell besondere Probleme / Sorgen ? Sollen wir uns beim geplanten Termin um etwas besonders kümmern (zB besonderer Beratungsbedarf?)

Beindet sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

Logopädie Ergotherapie Physiotherapie Psychotherapie

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

nein

ja, Ort, Grund der Anbindung:

Weiterer Ablauf:

1. Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn uns zukommen.
2. Wenn Sie bislang noch nicht bei uns in Betreuung waren, lassen Sie uns bitte auch Vorbefunde / Arztberichte zukommen.
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:

- ⇒ Chargendokumentation bei Patienten, die Faktorenkonzentrate erhalten
- ⇒ Ggfs Dokumentation der Antikoagulation bei Patienten, die Blutverdünner einnehmen
- ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
- ⇒ Impfpass
- ⇒ iSPZ-Überweisungsschein

Kontakt:

Sozialpädiatrisches Zentrum

Fachbereich Hämostaseologie

Dr. von Haunersches Kinderspital

Teilstandort Haus Goethe

Lindwurmstraße 83, 80337 München

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

E-Mail: christoph.bidlingmaier@med.uni-muenchen.de

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:

