

An die Mitarbeiterinnen der Verwaltung:

Bitte weiterleiten an das Neuro-Team (Concussion Sprechstunde; Leitung Dr. M. Bonfert)

Anmeldung Concussion Clinic	Sprechstunde in der Hochschulambulanz im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
--	---

I) Allgemeine Informationen:

Name des Kindes					
Geburtsdatum					
Straße, PLZ, Wohnort					
Telefon / Fax / E-Mail					
Krankenversicherung <i>Falls es sich um einen sog. BG Fall handelt (z.B. Unfall in Kindergarten, Schule oder Sportverein), bitte hier „Unfallkasse“ angeben</i>	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.:	
Kind bereits in Betreuung in einem SPZ	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Wo	<input type="checkbox"/> Warum:	
Kinder- oder Hausarzt	Name:				
	Adresse:				

II) Concussion Clinic – 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. 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:

4. 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)

Weiterer Ablauf:

1. Bitte füllen Sie den Fragebogen 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

Kontakt:

Dr. med. Michaela Bonfert & Dr. med. Johanna Wagner

Concussion Clinic im

Dr. von Haunersches Kinderspital

Hochschulambulanz

Lindwurmstraße 4, 80337 München

Tel.: +49 152 54848644, Fax: +49 89/4400 57722

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