

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:			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.:	
Kind bereits in Betreuung in einem SPZ	O nein	O Ja	O Wo	O 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. **Fragebogen für Kinder:** Welche Symptome bestanden in den letzten 7 Tagen* – bitte lassen Sie ihr Kind diese Fragen selbst beantworten, falls es noch nicht lesen kann oder Verständnisfragen hat, unterstützen sie ihr Kind bitte.

Beschwerde / Symptom	nie	selten	manchmal	oft
Es fällt mir schwer, aufmerksam zu sein	0	1	2	3
Ich lasse mich leicht ablenken	0	1	2	3
Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren	0	1	2	3
Ich habe Probleme mir zu merken, was Menschen mir erzählen	0	1	2	3
Ich habe Probleme, Anweisungen zu befolgen	0	1	2	3
Ich träume am Tag zu viel/habe zu viel Tagträume	0	1	2	3
Ich bin verwirrt	0	1	2	3
Ich bin vergesslich	0	1	2	3
Ich habe Problem, Dinge zu Ende zu bringen	0	1	2	3
Ich kann mir Dinge nur schwer vorstellen	0	1	2	3
Es fällt mir schwer, etwas Neues zu lernen	0	1	2	3
Ich habe Kopfschmerzen	0	1	2	3
Mir ist schwindelig	0	1	2	3
Ich habe das Gefühl, dass sich der Raum dreht	0	1	2	3
Ich habe das Gefühl, dass ich ohnmächtig werden	0	1	2	3
Dinge sind verschwommen, wenn ich sie anschau	0	1	2	3
Ich sehe doppelt	0	1	2	3
Mir ist übel/schlecht	0	1	2	3
Ich werde oft müde	0	1	2	3
Ich werde schnell müde	0	1	2	3
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtzahl der Symptome: von 20				
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtwert der Symptomsschwere: von 60				
Werden die Symptome stärker, wenn Du Dich körperlich betätigst? Ja Nein				
Werden die Symptome schlimmer, wenn Du nachdenkst, lernst oder liest? Ja Nein				

* *Postconcussion Symptom Scale (PCSS) aus Sports Concussion Assessment Tool (SCAT 3.0 Kinderversion)*

5. Fragebogen für Eltern: Welche Symptome bestanden bei ihrem Kind aus ihrer Sicht in den letzten 7 Tagen*

Beschwerde / Symptom	nie	selten	manchmal	oft
Das Kind				
hat Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben	0	1	2	3
lässt sich leicht ablenken	0	1	2	3
hat Schwierigkeiten sich zu konzentrieren	0	1	2	3
hat Probleme sugc zu merkn, was ihm gesagt wurde	0	1	2	3
hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen	0	1	2	3
träumt am Tag zu viel/ neigt zu Tagträumen	0	1	2	3
ist verwirrt	0	1	2	3
ist vergesslich	0	1	2	3
kann Dinge nur schwer zu Ende zu bringen	0	1	2	3
hat schwache Fähigkeiten, Probleme zu lösen	0	1	2	3
hat Lernschwierigkeiten	0	1	2	3
hat Kopfschmerzen	0	1	2	3
fühlt sich schwindelig	0	1	2	3
hat das Gefühl, der Raum dreht sich	0	1	2	3
hat das Gefühl, ohnmächtig zu werden	0	1	2	3
sieht verschwommen	0	1	2	3
sieht Doppelbilder	0	1	2	3
verspürt Übelkeit	0	1	2	3
wird oft müde	0	1	2	3
wird leicht müde	0	1	2	3
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtzahl der Symptome: von 20				
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtwert der Symptomsschwere: von 60				
Werden die Symptome durch körperliche Aktivität stärker? Ja Nein				
Werden die Symptome durch geistige Aktivität stärker? Ja Nein				
Wie anders als sonst verhält sich das Kind? Nicht anders Sehr anders Ich bin unsicher Trifft nicht zu				

* Postconcussion Symptom Scale (PCSS) aus Sports Concussion Assessment Tool (SCAT 3.0 Kinderversion)

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, Frau Lisa Wiederer

Concussion Clinic im

Dr. von Hausersches Kinderspital

Hochschulambulanz

Lindwurmstraße 4, 80337 München

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

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