

Anmeldung- Nephrologie	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

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?

Sind bei Ihrem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

nein

ja (Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe bitte beilegen*)

*gilt nicht für Untersuchungen die im Dr. von Haunerschen Kinderspital durchgeführt wurden.

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Befindet sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

Logopädie

Ergotherapie

Physiotherapie

Psychotherapie

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

O Kinderkrippe, seit:

O Kindergarten, seit:

O Schule, seit / Art der Schule:

O Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

Weiterer Ablauf

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt 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:

iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
PD. Dr. med. Bärbel Lange-Sperandio
Dr. med. Sabine Ponsel

Pädiatrische Nephrologie
Standortteil Lindwurmstr. 83
80337 München

Telefon: 089 4400 55137

Fax: 089 4400 55166