



# Anmeldung Früh-/Neugeborene im iSPZ Hauner



<b>Name, Vorname des Kindes</b>				
<b>Geburtsdatum</b>			<b>Errechneter Termin:</b>	
<b>PLZ, Wohnort, Straße</b>				
<b>Landkreis</b>				
<b>Telefon / Fax / E-Mail</b>				
<b>Krankenversicherung</b>			<input type="radio"/> privat	<input type="radio"/> Beihilfe
	<b>Name (Vater)</b>	<b>Geb.-Dat.:</b>		
	<b>Name (Mutter)</b>	<b>Geb.-Dat.:</b>		
	<b>Hauptversicherter</b>			
<b>Überweisender Arzt</b>	<b>Name:</b>			
	<b>Adresse:</b>			
<b>Wer hat das Sorgerecht?</b>	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:
<b>Bei wem lebt das Kind?</b>	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:

**Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin das Folgende mit:  
Überweisungsschein, Entlassungsbriefe und weiterer Arztberichte, gelbes Heft**

**WICHTIG:** Sind sie in einem anderen Sozialpädiatrischen Zentrum in Betreuung?  Nein  Ja

**Terminart / Dringlichkeit (von Station oder dem Kinderarzt auszufüllen)**

Entwicklungsneurologische Kontrolle im Alter von **korrigiert 3 Monaten**

Auswertung des **Heimmonitors** im Alter von **korrigiert 6 Wochen**

**Dringlicher Termin** Zeitraum: \_\_\_\_\_ Begründung: \_\_\_\_\_

**Stempel des Kinderarztes**

**Ggf. Fragestellung des überweisenden Kinderarztes**

**Geburtsklinik**

Campus Grosshadern, Perinatalzentrum der LMU

Campus Innenstadt, Perinatalzentrum der LMU

Andere Geburtsklinik Welche? .....

**Wichtige klinische Angaben für die Termingestaltung**

**Ist Ihr Kind mit einem Heimmonitor überwacht?**  
 Nein  Ja

**Bekommt Ihr Kind zurzeit Sauerstoff?**  
 Nein  Ja

**Gab es Erkrankungen, Operationen oder Unfälle nach der Entlassung aus der Neonatologie?**  
 Nein  Ja Welche? .....

Macht Ihnen aktuell oder machte Ihnen in der Vergangenheit sonst etwas Sorgen?

- Nein Ja Häufiges Schreien, schlechte Beruhigbarkeit Ein-/Durchschlafschwierigkeiten Koliken/Bauchprobleme Häufiges Spucken Trinkprobleme Schiefhaltungen, Asymmetrien Bewegungsarmut Schreckhaftigkeit Mögliche Krampfanfälle Geringe Ansprechbarkeit Sonstiges Probleme:

Erhält Ihr Kind zurzeit Medikamente?

- Nein Ja Welche?

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien?

- Nein Ja Physiotherapie Ergotherapie Logopädie Von wann bis wann?

Ist Ihr Kind an eine Frühförderstelle angebunden?

- Nein Ja Welche?

Nutzen Sie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten

- Nein Ja Hauner Nachsorge (HaNa) Harl.e.kin-Nachsorge Sonstige Hilfen Welche?

Weitere Angaben (bitte nur, wenn kein Arztbrief beiliegt)

Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt?

- Nein Ja Welche?

Gab es Komplikationen in dieser oder einer vorangegangenen Schwangerschaft?

- Nein Ja Welche?

Gab es bei der Geburt Besonderheiten oder Komplikationen?

- Nein Ja Welche?

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?

5 Minuten 10 Minuten ph-Wert

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Gewicht: g Länge: cm lang Kopfumfang: cm.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Datum, Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte