

Anmeldung

**SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM**  
im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort, Straße

Landkreis

Telefon / Fax / E-Mail

Krankenversicherung

Beihilfe     privat

Name (Vater)

Geb.-Dat.:

Name (Mutter)

Geb.-Dat.:

Hauptversicherter

Überweisender Arzt

Name:

Adresse:

Wer hat das Sorgerecht?

Eltern     Mutter     Vater     Sonst.:

Bei wem lebt das Kind?

Eltern     Mutter     Vater     Sonst.:

**Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:**

**Stempel des Kinderarztes:**

**Von den Eltern auszufüllen:**

**Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?**

**Welche Hilfen wünschen Sie sich?**

**Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung eines Sozialpädiatrischen Zentrums?**

(z.B. Kinderzentrum München, Heiglhofstr.)

Nein

Ja, Welches?

**Wir benötigen einige Angaben zur aktuellen Situation und über die bisherige Entwicklung Ihres Kindes:**

**Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?**

- Nein  
 Ja Welche? .....  
 .....

**Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung?**

- Hypoallergen       Vegan       Sonst.:

**Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? Wenn ja, seit wann und wie oft?**

	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Seit bzw. von - bis	Wie oft?
Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ergotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Logopädie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

**Physiotherapie**      **Angaben wenn verfügbar:**

Art der Physiotherapie	<input type="radio"/> Bobath	<input type="radio"/> Vojta	<input type="radio"/> Sonstige:
Name der Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
Telefon			
Therapeut/-in			

**Ergotherapie**

Name d. Einrichtung/ Praxis	
Adresse	
Telefon	
Therapeut/-in	

**Logopädie**

Name der Einrichtung/ Praxis	
Adresse	
Telefon	
Therapeut/-in	

**Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt?**

(z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reittherapie, Musiktherapie o.ä.; bitte beschreiben)

**Fördersituation**

**Bekommt Ihr Kind Frühförderung?**

Nein     Ja, seit

geplant ab

Name der Frühförderstelle

Adresse

Telefon

Ansprechpartner

Besuch einer Krippe/eines Kindergartens?  Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_  geplant ab \_\_\_\_\_

Name d. Kindergartens/der Krippe	_____		
Art des Kindergartens/ der Krippe	<input type="radio"/> regulär	<input type="radio"/> integrativ	<input type="radio"/> heilpädagogisch
Adresse	_____		
Telefon	_____		
Ansprechpartner	_____		

Wohnt Ihr Kind in einem Internat oder in einer Einrichtung?  Ja  Nein

Name der Einrichtung	_____
Adresse	_____
Telefon	_____
Ansprechpartner	_____

### Hilfen für die Familie

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

Familiientlastender Dienst	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sozialpädagogische Familienhilfe/Unterstützung Jugendamt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstige Hilfen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

Pflegegeld	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt
Pflegegrad	_____		

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt			
Grad der Behinderung	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 90	<input type="radio"/> 100
Merkzeichen	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> aG	<input type="radio"/> G		

### Angaben zu Vorgeschichte und Umfeld Ihres Kindes:

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister)?**

**Schwangerschaft und Geburt**

**Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehlgeburten oder Totgeburten?**

- Ja, im Jahr \_\_\_\_\_, im \_\_\_\_\_ Schwangerschaftsmonat.  Nein
- 
- 
- 

**Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?**

- Blutungen  Nein
- schweres Erbrechen
- Unfälle/Operationen
- Bluthochdruck
- fieberhafte Erkrankungen
- vorzeitige Wehen
- wenig Kindsbewegungen
- Fruchtwasser zu wenig/zu viel (Zutreffendes bitte einkreisen)
- seelische Belastungen, beruflicher Stress
- Alkohol
- täglich \_\_\_ Zigaretten
- andere Drogen
- Medikamente, welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- sonstige Komplikationen: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?**

- Ja
- Nein, \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswochen (SSW)

**Die Geburt erfolgte**

- zu Hause
- im \_\_\_\_\_ Krankenhaus in \_\_\_\_\_

**Gab es bei der Geburt Besonderheiten oder Komplikationen?**

- Mehrlingsgeburt  Nein
- Beckenendlage
- Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne
- Kaiserschnittentbindung
- Saugglocke / Zange
- grünes Fruchtwasser
- besonders lange Geburt
- besonders schnelle Geburt
- andere: \_\_\_\_\_

**Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?**

5 Minuten ..... 10 Minuten ..... ph-Wert .....

**Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?**

..... Gramm          ..... cm lang          Kopfumfang bei Geburt:..... cm.

**Zur Neugeborenenzeit (die ersten 4 Lebenswochen):**

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden

- Ja, in .....  Nein.  
Dauer des Aufenthalts: .....

War Ihr Kind auffällig gelb?

- Ja.  Nein.

Musste Ihr Kind beatmet werden?

- Ja.  Nein.

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

- Ja.  Nein.

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

- Ja.  Nein.

Sondierung: .....

**Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?**

- Bewegungsarmut
- Unruhe
- häufiges Spucken
- Schiefhaltungen, Asymmetrien
- Anfälle
- Schreckhaftigkeit
- häufiges Schreien
- Ein-/Durchschlafschwierigkeiten
- Koliken/Bauchprobleme
- geringe Ansprechbarkeit
- Sonstiges

Nein

**Krankheiten Ihres Kindes**

**Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? Wann?**

- Nein
- Ja

**Impfungen Ihres Kindes**

- Ja, nach Plan. ( Bitte Impfpass zum Ersttermin mitbringen - Danke)
- Nein.
- Spezielle Impfungen (z.B. RSV, Rota.....)

**Besondere Reaktionen auf die Impfung?**

- Nein.
- Ja (bitte beschreiben!)

.....

.....

**Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)**

**Meilensteine der Entwicklung**

Folgende wichtige Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht ?

- Freies Sitzen ( wenn hingesezt) .....Monate
- Hochziehen zum Stand .....Monate
- Erste freie Schritte .....Monate
- Erste sinnbesetzte Wörter .....Monate
- Sauberkeitsgewöhnung:     sauber..... Jahre  
                                  trocken..... Jahre
- Radfahren ohne Stützen         .....Jahre

**Stärken und Schwächen Ihres Kindes**

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

**Spiel und Verhalten**

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne und wie?

Gibt es Schwierigkeiten bei Grenzsetzung, Wunschversagung, Aufforderungen, mit Geschwistern,.....sonstige Probleme?

**Krippe/Kindergarten**

**Gab es in der Krippe/im Kindergarten Probleme**

**Steht ein Wechsel der Krippe/des Kindergartens an?**  
 Ja. Wann? .....  Nein

**Einschulung/Schule**

**Besucht Ihr Kind die Schule?**                       Nein    Ja, seit                       geplant ab

Name d. Schule:
Schulart:
Adresse:
Telefon:
Lehrer/in:
Klasse:

**Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:**  
Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht.

Nein    Ja  
Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?**  
(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder etc. bei)

**Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?**



**Ist Ihr Kind mit einem / mehreren Hilfsmittel(n) versorgt?**

Ja, und zwar \_\_\_\_\_  Nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind Anfälle?**

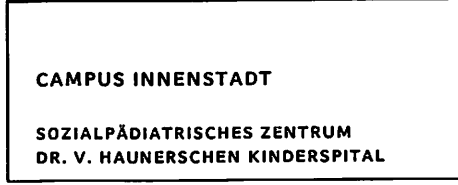
Ja, zuletzt \_\_\_\_\_  Nein

wie häufig \_\_\_\_\_  
wie lange \_\_\_\_\_

Medikation .....

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



Sozialpädiatrisches Zentrum des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals  
Lindwurmstr. 4, 80337 München

Telefon +49 (0)89 55 27 34 0  
Telefax +49 (0)89 55 27 34 222

www.ispz-hauner.de

**Kontakt/Rücksendeadresse:**

**Ambulanz für Kopfschmerzen  
LMU Zentrum für Entwicklung und  
komplex chronisch kranke Kinder  
iSPZ Hauner  
Teilstandort Haus Goethe  
Dr. v. Haunerschen Kinderspital  
LMU Klinikum München  
Lindwurmstr. 83  
80337 München**

Ihr Zeichen: \_\_\_\_\_

Unser Zeichen: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder und Jugendliche,

Sie suchen Hilfe, da Ihr Kind seit einiger Zeit an Kopfschmerzen leidet. Zunächst sollte Ihr Kind einen Termin bei der Ärztin/dem Arzt vereinbaren, der Ihren Sohn/Ihre Tochter am besten kennt: die Kinder- und Jugendärzt\*innen.

Wenn Ihre betreuende Kinder- und Jugendärztin/Ihr betreuender Kinder- und Jugendarzt eine Vorstellung in unserer speziellen **iSPZ Hauner Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit Kopfschmerzen** empfiehlt, bitten wir Sie, uns einige Fragen vorab zu beantworten, und einen Überweisungsschein vom Kinderarzt zum Termin mitzubringen.

Bitte kommen Sie 20 Minuten vor Ihrem Termin für die Aufnahmeformalitäten und die Messung von Körpermaßen und Blutdruck in unsere SPZ- Anmeldung in der **Lindwurmstr. 83**.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich                       privat versichert

**Ärztlicher Leiter des  
Sozialpädiatrischen Zentrums  
Prof. Dr. Florian Heinen**

**Fachbereich Kopfschmerz**

Prof. Dr. Florian Heinen  
PD Dr. med. Dipl. Psych.  
Mirjam Landgraf  
Dr. med. Iris Hannibal  
Dr. med. Kristina Huß

Birte Rahmsdorf M. Sc.

Birgit Klose

**Fachbereich  
Entwicklungsneurologie**

**Fachbereich  
Neuromuskuläre Erkrankungen  
und Klinische europsychologie**

**Fachbereich  
Epileptologie im  
Epilepsiezentrum München**

**Fachbereich  
Motorik und Intervention**

**Fachbereich  
Klinische Psychologie**

Sitz der Gesellschaft:  
Soziale Beratungs- und  
Betreuungsdienste Bayern gGmbH  
Adamstr. 5  
80636 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:



## Fragebogen für das Kind / die/den Jugendliche/n

### 1. Wann hattest Du zum ersten Mal Kopfschmerzen?

- erst seit einiger Zeit (in diesem Jahr)
- schon als kleines Kind
- seit ich in der Schule bin
- weiß ich nicht

### 2. Wie oft hast Du Kopfschmerzen?

- jeden Tag
- jeden Monat
- jede Woche
- seltener

### 3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen?

- nur kurze Zeit
- den ganzen Tag
- einen halben Tag
- länger als ein Tag

### 4. Wann beginnen die Kopfschmerzen?

- beim Aufwachen
- am Nachmittag
- in der Nacht
- während des Morgens
- abends

### 5. Wo sitzt der Schmerz?

- im ganzen Kopf
- hinter den Augen
- in den Schläfen
- im Nacken
- nur auf einer Kopfseite
- hinter der Stirn
- am Hinterkopf

### 6. Wie empfindest Du den Schmerz?

- pochend
- stechend
- drückend
- krampfartig
- dröhnend

### 7. Wie stark sind Deine Schmerzen?

- es tut wenig weh
- ich kann sie kaum aushalten
- sie sind mittelstark

### 8. Hast Du bei Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?

- mir ist dabei übel
- ich habe Bauchweh
- mich stört helles Licht
- ich sehe Sternchen vor den Augen
- ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen
- ich muss erbrechen
- mir wird schwindelig
- mich stören laute Geräusche
- ich habe ein komisches Gefühl in der Hand
- mich stören Gerüche

### 9. Wann treten die Kopfschmerzen vor allem auf?

- wenn ich Sport treibe
- wenn ich erkältet bin
- beim Fernsehen/Computerspielen
- wenn ich traurig bin oder mich ärgere
- bei anderen Gelegenheiten – welchen? \_\_\_\_\_
- wenn ich nicht genug geschlafen habe
- in der Schule
- bei Wetterwechsel
- vor oder nach Klassenarbeiten

**10. Was machst Du normalerweise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?**

- ich mache das weiter, was ich gerade tue
- ich muss mich hinlegen
- ich muss eine Pause einlegen
- etwas anderes: \_\_\_\_\_

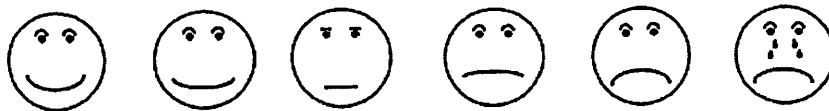
**11. Was hilft Dir bei Deinen Kopfschmerzen?**

- Kühlen des Kopfes
- das Zimmer abdunkeln
- Schmerzmittel
- hinlegen/Entspannen
- ablenken
- etwas anderes: \_\_\_\_\_

**12. Hast Du gegen Deine Kopfschmerzen schon einmal Medikamente bekommen?**

- nein
- ja

**13. Wie stark sind Deine Kopfschmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?**



[0]----[1]----[2]----[3]----[4]----[5]----[6]----[7]----[8]----[9]----[10]

keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

**14. Haben sich die Kopfschmerzen in letzter Zeit verändert oder sind stärker geworden?**

- Nein.
- Ja: Wie? \_\_\_\_\_

**15. Wie viele Tage hast Du in den letzten drei Monaten wegen Deiner Kopfschmerzen in der Schule gefehlt?**

- Gar nicht.
- \_\_\_\_\_ Tage.

**16. Musst Du wegen Deiner Kopfschmerzen auf Dinge verzichten müssen, die Du gerne machst? Falls ja: Auf was?**

- Nein.
- Ja, auf \_\_\_\_\_

**Rücksendeadresse:**

Kopfschmerzambulanz, iSPZ Hauner, Dr. von Haunerschen Kinderspitals, Lindwurmstr. 83, 80337 München

## Fragebogen für die Eltern

**1. Seit wann hat Ihr Kind Kopfschmerzen?**

- seit..... Monaten  seit..... Jahren

**2. Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Monat Kopfschmerzen?**

- täglich  mehr als dreimal pro Woche  
 zwei- bis dreimal pro Woche  einmal pro Woche  
 zwei- bis dreimal pro Monat  einmal im Monat

**3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?**

- bis zu 1 Stunde  bis zu 3 Stunde  
 bis zu 6 Stunde  bis zu 12 Stunden  
 bis zu 24 Stunden  das ist unterschiedlich

**4. Die Häufigkeit der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:**

- abgenommen  sie war unverändert  
 zugenommen

**5. Die Stärke der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:**

- abgenommen  sie war unverändert  
 zugenommen

**6. Treten bei den Kopfschmerzen noch andere Begleiterscheinungen auf?**

- Übelkeit  Erbrechen  
 starker Schwindel  Augenflimmern  
 Lähmungen, Sprachstörungen  Gefühlsstörungen in den Armen

**7. Hat Ihr Kind neben den Kopfschmerzen noch andere Erkrankungen?**

- ja, und zwar \_\_\_\_\_

**8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?**

- |                                   | <i>Migräne</i>        | <i>andere Kopfschmerzen</i> |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Vater       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |
| <input type="radio"/> Mutter      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |
| <input type="radio"/> Großeltern  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |
| <input type="radio"/> Geschwister | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |

**9. Verursachen die Kopfschmerzen Ihres Kindes Probleme in der Familie?**

- ja, und zwar \_\_\_\_\_
- nein

**10. Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen Ihres Kindes getan?**

(Medikamente, nicht-medikamentöse Maßnahmen)

Maßnahme/Behandlung	Dosis	Zeitpunkt	Dauer	Erfolg 0=keiner 5 = gut

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragebögen.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Florian Heinen  
 Arzt für Neurologie  
 Arzt für Kinder- und Jugendmedizin  
 Schwerpunkt Neuropädiatrie  
 Ärztlicher Leiter des iSPZ Hauner

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam Landgraf  
 Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
 Schwerpunkt Neuropädiatrie  
 Psychologin  
 Oberärztin im iSPZ Hauner

**Rücksendeadresse:**

Kopfschmerzambulanz, iSPZ Hauner, Dr. von Hainerschen Kinderspitals, Lindwurmstr. 83, 80337 München

