

<b>Anmeldung Pediatric Stroke</b>	<b>INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM</b> im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
<b>Sprechstunde für Kinder und Jugendliche nach Schlaganfall</b>	

Kind: Name, Vorname & 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.:
Kind bereits in Betreuung in einem SPZ	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Wo	<input type="checkbox"/> Grund:
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

**Vom überweisenden Arzt auszufüllen****Fragestellung des überweisenden Kinderarztes** (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters): Multimodale Betreuung bei Z.n. Schlaganfall Patient/Patientin bereits bekannt Zweitmeinung bei Z.n. Schlaganfall um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten Weitere: \_\_\_\_\_**Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes:**

**Von den Eltern auszufüllen: Anmeldebogen Sprechstunde für Kinder und Jugendliche nach Schlaganfall****1. Informationen zum ersten Schlaganfall**

- Datum des Ereignisses: \_\_\_\_\_
- Kurze Beschreibung der damaligen akuten Beschwerden ihres Kindes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- In welcher Klinik wurde ihr Kind behandelt: O Hauner    O andere: \_\_\_\_\_
- Sind weitere Schlaganfälle aufgetreten: O nein    O ja, Datum: \_\_\_\_\_
- Ist ein Grund für die Schlaganfälle bekannt: O nein    O ja: \_\_\_\_\_

**2. Informationen zum jetzigen Gesundheitszustand ihres Kindes**

- Hat sich ihr Kind vollständig von dem Schlaganfall erholt: O ja    O nein, es bestehen Schwierigkeiten:
  - o mit der Kraft, Koordination oder Sensibilitätsempfinden
  - o mit dem Hören oder Sehen
  - o mit dem Sprechen oder dem Verstehen (Sprachverständnis)
  - o mit dem Essen, Kauen, Schlucken
  - o mit dem Denkvermögen, der Merkfähigkeit, der Konzentration
  - o im Verhalten, bitte angeben: \_\_\_\_\_
  - o Treten als Folge des Schlaganfalls Krampfanfälle auf: O nein    O ja
- Braucht ihr Kind mehr Unterstützung als Gleichaltrige Kinder im Alltag: O nein    O ja
- Welche Einschränkungen belasten ihr Kind am meisten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Braucht ihr Kind Hilfsmittel (z.B. Schienen, Rollstuhl): O nein    O ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Erhält ihr Kind Therapien: O Physiotherapie    O Ergotherapie    O Sprachtherapie/Logopädie  
O andere Therapien: \_\_\_\_\_
- Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein: O nein    O ja, folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind einen Pflegegrad erhalten: O nein    O ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt: O nein    O ja, Antrag in Bearbeitung  
O ja, bereits erhalten: GdB \_\_\_\_\_; Merkzeichen: \_\_\_\_\_

## 3. Generelle Informationen über ihr Kind

- Sind bei ihrem Kind weitere Krankheiten bekannt:  
O nein O ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Bestanden bei ihrem Kind schon vor dem Schlaganfall Entwicklungsauffälligkeiten:  
O nein O ja, folgende: \_\_\_\_\_
- War ihr Kind vor dem Schlaganfall Rechts- oder Linkshänder: O Rechts O Links O nicht bekannt
- Mit welcher(n) Sprache(n) wächst Ihr Kind auf: O Deutsch O andere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Besucht ihr Kind eine Kindertagesstätte: O nein O ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Besucht ihr Kind die Schule: O nein O ja, folgende: \_\_\_\_\_
- War/ist auf Grund des Schlaganfalls ein Wechsel der KiTa/Schule notwendig: O nein O ja

**Weiterer Ablauf:**

1. Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn uns zukommen.
2. Bitte lassen Sie uns alle Vorbefunde und Arztberichte zukommen (Bildgebung bitte auf CD-Rom).
3. Wenn noch kein Termin vereinbart ist nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen telefonischen Kontakt auf.

Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:

- ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
- ⇒ Impfpass
- ⇒ iSPZ-Überweisungsschein

**Kontakt:**

**Sozialpädiatrisches Zentrum, iSPZ Hauner**

**Fachbereich Pediatric Stroke**

**Sprechstunde für Kinder und Jugendliche nach Schlaganfall**

Dr. von Haunersches Kinderspital

Teilstandort Haus Haydn

Haydnstr. 5, 80336 München

Tel.: 089/5527340, Fax: 089/552734222