

Anmeldung- Rheumatologie	INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
-------------------------------------	---

I) Allgemeine Informationen:

Name, Vorname des Kindes		Geb.-Dat.:	
Mutter (Name)		Geb.-Dat.:	
Vater (Name):		Geb.-Dat.:	
PLZ, Wohnort, Straße			
Telefon / Fax / E-Mail Handynummer			
Name der Krankenversicherung:		<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> privat
	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 (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):

um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes:

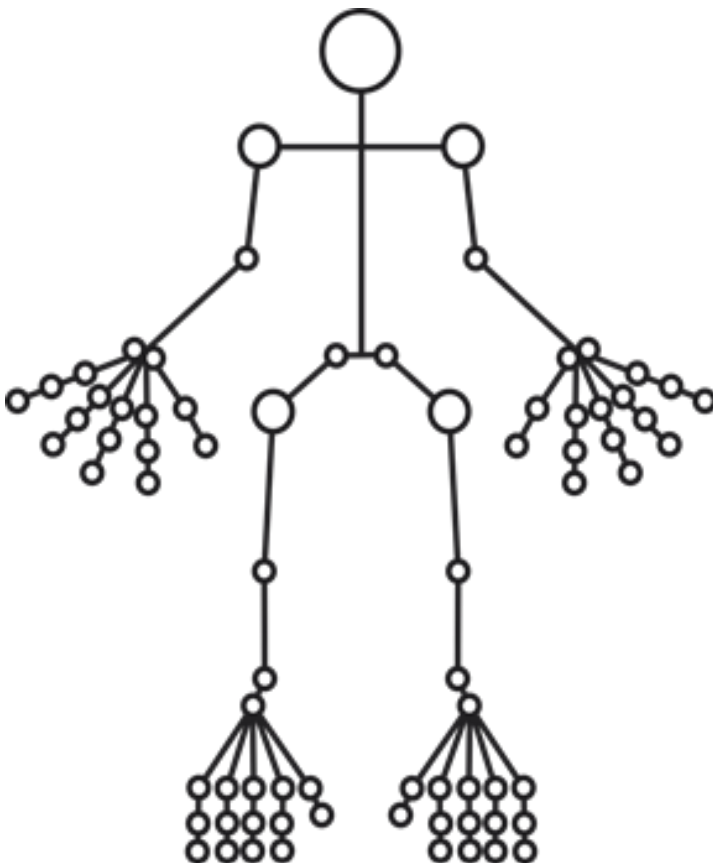
Von den Eltern auszufüllen:

II) Aktuelle Vorstellung

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

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Bei Gelenkbeschwerden, geben Sie bitte an wo Ihr Kind momentan (ungefähr) Beschwerden hat:



War Ihr Kind wegen o.g. Beschwerden schon an anderer Stelle in ärztlicher Betreuung?
(Briefe aus dem von Haunerschen Kinderspital liegen uns vor.)

nein

ja, Ort / Zeitraum / bisherig durchgeführte Maßnahmen & Therapien (Vorbefunde bitte mitbringen):

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

III) Medizinische Vorgeschichte

Gab es in der Vergangenheit besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

nein

ja, welche, wann:

Gibt es Autoimmunerkrankungen/Autoinflammationserkrankungen (Rheuma, Multiple Sklerose, Schuppenflechte, Schilddrüsenerkr., unklare Fiebererkrankungen o.ä.) in Ihrer Familie?

nein

ja (welche, bei wem):

IV) Sozialanamnese

Mein Kind besucht / macht:

Kinderkrippe, seit:

Kindergarten, seit:

Art des Kindergartens/ der Krippe

regulär

integrativ

heilpädagogisch

Schule, seit / Art der Schule:

Ausbildung / Lehre (seit wann, Ausbildungsstätte):

V) weitere Therapien

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

Seit bzw. von – bis

Wie oft?

Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Logopädie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

Wenn ja, weshalb?

Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt?

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

VI) Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung?

Nein Ja, seit

geplant ab

Name der Frühförderstelle

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

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

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beantragt
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Weiterer Ablauf:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und lassen ihn uns zusammen mit
⇒ allen vorhandenen Arztbriefen, Laborbefunden und Diagnostikbefunden (Ultraschall, Röntgen von Lunge, Gelenken, Knochen), CT-/MRT-Untersuchungen) 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
 - ⇒ Versichertenkarte
 - ⇒ Röntgenuntersuchungen auf CD (z.B. MRT-Untersuchung) (bitte an durchführender Stelle anfordern!)

Kontakt:

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Rheumatologie
Lindwurmstr. 4
80337 München

Telefon: 089 4400 55137

Fax: 089 4400 55166

@: kinderrheuma@med.uni-muenchen.de