

Name, Vorname des Kindes

Errechneter Termin:

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort, Straße

Landkreis

Telefon / Fax / E-Mail

Krankenversicherung

privat Beihilfe

Name (Vater)

Geb.-Dat.:

Name (Mutter)

Geb.-Dat.:

Hauptversicherter

Name:

Adresse:

Eltern Mutter Vater Sonst.:

Eltern Mutter Vater Sonst.:

Überweisender Arzt

Wer hat das Sorgerecht?

Bei wem lebt das Kind?

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin das Folgende mit:

Überweisungsschein, Entlassungsbriebe 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-/Durchschlaf Schwierigkeiten
- 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

<input type="radio"/> Physiotherapie	Von wann bis wann?
<input type="radio"/> Ergotherapie	Von wann bis wann?
<input type="radio"/> 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 vorrangingen 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