

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

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
PLZ, Wohnort, Straße				
Telefon / Fax / E-Mail				
Familie	Name:			
	Vater (Name):		Geb.-Dat.:	
	Mutter (Name):		Geb.-Dat.:	
Krankenversicherung	Name Gesetzlich ☐ Privat ☐ Beihilfe ☐			
Hauptversicherter				
Kind lebt bei	☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonst.:			
Sorgerecht	☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonst.:			
Kind bereits in Betreuung in einem SPZ	☐ nein	☐ ja	☐ Wo	☐ Grund:
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

Vom überweisenden Arzt auszufüllen**Fragestellung des überweisenden Kinderarztes (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):**

- ☐ Multimodale Betreuung bei angeborener Fehlbildung
☐ Patient/Patientin bereits bekannt.
☐ Um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten.
☐ Weitere:

Unterschrift und Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen:**I) Aktuelle Vorstellung****Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb möchten Sie zu uns kommen?****War Ihr Kind wegen o.g. Beschwerden/Erkrankung schon an anderer Stelle in Betreuung?**

O nein

O ja, Ort / Zeitraum / bisherig durchgeführte Maßnahmen & Therapien:

Sind bei Ihrem Kind diesbezüglich bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

(soweit möglich, bitte Arztbriefe beilegen)

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung? Hat Ihr Kind eine Ernährungssonde?

Befindet/befand sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

☐ Logopädie ☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie

☐ Psychotherapie

☐ andere Fördermaßnahmen:

Wenn ja, wann:

II) Vorgeschichte**Welche Operationen wurden bei Ihrem Kind durchgeführt?**

☐ Keine

☐ Welche? Wann? (soweit möglich, bitte Arztberichte beilegen)

Allergien:

☐ Keine

☐ ja, und zwar:

Besiedelung mit resistenten Keimen:

☐ Keine

☐ ja, und zwar:

Raucher im Haushalt, in dem das Kind wohnt:

☐ nein

☐ ja

III) Sozialanamnese

Mein Kind besucht

O Kinderkrippe, seit:

O HPT, seit:

O Kindergarten, seit:

O Hort, seit:

O Schule, seit / Art der Schule:

O Ausbildung / Lehre, seit

Ausbildungsstätte:

O Sport:

Mein Kind hat (wenn ja, bitte ankreuzen) O Pflegegrad __

O Schwerbehindertenausweis mit __ %, Merkzeichen _____

IV) Ich wünsche mir Beratung:

O Kinderchirurgisch, v.a. zu

O Psychologisch, v.a. zu

O Sozialpädagogisch, v.a. zu

O Weitere:

Weiterer Ablauf:

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen aus.
- 2) **Bitte sprechen Sie mit Ihrem Kinderarzt** über eine mögliche Vorstellung bei uns. Wenn ihr Kinderarzt die Indikation für eine Vorstellung bei uns stellt, bitten wir darum, dass er dies durch einen Stempel auf der ersten Seite des Fragebogens bestätigt.
- 3) Bitte lassen Sie uns **diesen Fragebogen**, ggf. zusammen mit Arztbriefen, Laborbefunden und evtl. weiteren Befunden per E-Mail oder per Post zukommen.
E-Mail-Adresse (bitte an beide E-Mail-Adressen senden):
Kind.ispz.hausherzog@med.uni-muenchen.de
Claudia.Geiger@med.uni-muenchen.de

iSPZ Hauner MUC
Haus Herzog
Herzog-Heinrich-Str.13
80336 München
- 4) Bezüglich eines Termins in unserer iSPZ-Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen telefonischen Kontakt auf.
- 5) Bitte bringen Sie, falls gesetzlich versichert, einen **Überweisungsschein an das SPZ** von Ihrer Kinderarztpraxis zum Termin mit.
- 6) Bitte bringen Sie das gelbe **Untersuchungsheft mit Impfausweis** zum Termin mit.