

Anmeldung	Sozialpädiatrisches Zentrum, iSPZ Hauner Pediatric Stroke – Neurovaskuläre Erkrankungen		
	Dr. von Haunersches Kinderspital Teilstandort Haus Herzog Herzog-Heinrich-Straße 13, 80336 München Tel: +49 (0)89 4400 56760 Fax: +49 (0)89 4400 56797 E-mail: KIND.ISPZ.HausHerzog@med.lmu.de		
Pediatric Stroke – Neurovaskuläre Erkrankungen Sprechstunde bei Schlaganfall im Kindes- und Jugendalter und bei neurovaskulären Erkrankungen			

Allgemeine Informationen:

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

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

- ☐ Multimodale Betreuung bei Z.n. Schlaganfall/bei anderen neurovaskulären Erkrankungen
- ☐ Zweitmeinung bei Z.n. Schlaganfall/bei anderen neurovaskulären Erkrankungen
- ☐ Patient/-in mit neurovask. Risikofaktoren für Schlaganfall (z.B. Sichelzellerkrankung, Moyamoya-Angiopathie)
- ☐ Patient/-in bereits bekannt
- ☐ um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes

Von den Eltern auszufüllen:**1. Angaben zur Grunderkrankung****a) Im Falle eines stattgehabten Schlaganfalls bitte folgendes ausfüllen:**

Informationen zum stattgehabten (ersten) Schlaganfall:

- Datum des Ereignisses: _____
- Kurze Beschreibung der damaligen akuten Beschwerden ihres Kindes: _____

- In welcher Klinik wurde ihr Kind behandelt: _____
- Sind weitere Schlaganfälle aufgetreten: ☐ nein ☐ ja, Datum _____
- Ist ein Grund für die Schlaganfälle bekannt: ☐ nein ☐ ja: _____

b) Im Falle einer anderen neurovaskulären Erkrankung bitte folgendes ausfüllen:

Mit welcher neurovaskulären Erkrankungen stellt sich Ihr Kind bei uns vor:

2. Informationen zum jetzigen Gesundheitszustand ihres Kindes:

- Bestehen Schwierigkeiten nach dem Schlaganfall / bei neurovaskulärer Erkrankung?

O nein O ja, folgendes:

- ☐ mit der Kraft, Koordination oder Sensibilitätsempfinden
- ☐ mit dem Hören oder Sehen
- ☐ mit dem Sprechen oder dem Sprachverständnis
- ☐ mit dem Essen, Kauen, Schlucken
- ☐ mit dem Denkvermögen, der Merkfähigkeit, der Konzentration
- ☐ im Verhalten, bitte angeben: _____

- 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: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, andere: _____

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein: O nein O ja: _____

- Besiedelung mit resistenten Keimen: O nein O ja: _____

3. Generelle Informationen über ihr Kind:

- Sind bei Ihrem Kind Krankheiten bekannt (abgesehen von dem Schlaganfall oder dessen Ursache):

O nein O ja: _____

- Besteht bei Ihrem Kind eine sog. Teilleistungsstörung (z.B. Lese-Recht-Schreibschwäche):

O nein O ja: _____

- Ist Ihr Kind: O Rechtshänder O Linkshänder

- Welche Familiensprache(n) sprechen Sie: _____

- Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte: O nein O ja: _____

- Besucht Ihr Kind die Schule: O nein O ja: _____

4. Weiterer Ablauf:

- Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn uns zukommen.
- Bitte lassen Sie uns alle Vorbefunde und Arztberichte zukommen (inkl. Röntgen- oder Kernspinaufnahmen).
- Fall Sie eine Besprechung von auswärtig angefertigten MRT- oder CT-Bildern wünschen benötigen wir vorab:
 - Die MRT-/CT-Bilder auf CD Rom oder QR Code (ggfs. mit Kennwort)
 - Den schriftlichen MRT-/CT-Befund der durchführenden Radiologie
 - Überweisungsschein an „Kinderradiologie“ mit dem Auftrag „Mitbefundung und Demonstration externer CT- bzw. MRT-Bilder“
- Wenn noch kein Termin vereinbart ist, nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
- Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
 - Gelbes Untersuchungsheft
 - Impfpass
 - iSPZ-Überweisungsschein