

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

I) Allgemeine Informationen:

Name des Kindes				
Geburtsdatum				
Straße, PLZ, Wohnort				
Telefon / Fax / E-Mail				
Bei dem Unfall handelte es sich um einen sog. BG-Fall (z.B. Unfall auf dem Weg zu/von oder in Krippe, Kindergarten, Schule)	<input type="radio"/> Nein		<input type="radio"/> Ja: Der Unfall wurde bei der Unfallversicherung angezeigt: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Krankenversicherung Falls es sich um einen sog. BG Fall handelt bitte hier „Unfallkasse“ angeben	Name:		<input type="radio"/> Beihilfe	<input type="radio"/> privat
	Vater (Name):		Geb.-Dat.:	
	Mutter (Name):		Geb.-Dat.:	
	Hauptversicherter:			
Sorgerecht	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:
Kind lebt bei	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:
Kind bereits in Betreuung in einem SPZ	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Wo	<input type="radio"/> Warum:
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

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

multimodale Betreuung bei Z.n. Commotio cerebri bzw. **leichtem** Schädel-Hirn-Trauma

multimodale Betreuung bei Z.n. **mittlerem oder schwerem** Schädel-Hirn-Trauma

um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen:**Anmeldebogen Concussion Clinic:****CoCo – Sprechstunde für Kinder und Jugendliche nach Gehirnerschütterung**

1. Details zur Gehirnerschütterung:

- Datum des Unfalltags: _____
- Kurze Beschreibung des Unfallhergangs:

- Welche Symptome bestanden unmittelbar nach dem Unfall:

- Besucht Ihr Kind eine Kindertageseinrichtung (Kita/KiGa) oder eine Schule? Welche Einrichtung oder Schule wird besucht und in welcher Klassenstufe?

- Für Schüler:innen: Wurden bereits Klassen wiederholt und welche? Gab es in der Vergangenheit einen Schulwechsel? Besteht aktuell eine Einschränkung in der Teilnahme an Prüfungen?

- Seit wann besucht Ihr Kind wieder die Schule/Kindergarten? Gab es Phasen eines eingeschränkten Schulbesuches (weniger Stunden) und wie lange hielten diese an? In welchem Umfang wird aktuell die Schule besucht?

2. Betreibt Ihr Kind eine Sportart regelmäßig oder im Verein: nein ja

- Folgende Sportart(en): _____

 - Welche Leistungsklasse: _____
 - Trainings-/Wettkampfindervall: _____

- Seit wann nimmt Ihr Kind wieder am Sport teil: _____

3. Welche Symptome bestanden in den letzten 7 Tagen* – bitte lassen Sie ihr Kind diese Fragen selbst beantworten.

Beschwerde / Symptom	Kein	leicht		mäßig		stark	
Kopfschmerzen	0	1	2	3	4	5	6
“Druck im Kopf“	0	1	2	3	4	5	6
Nackenschmerzen	0	1	2	3	4	5	6
Übelkeit oder Erbrechen	0	1	2	3	4	5	6
Schwindelgefühl/ Benommenheit	0	1	2	3	4	5	6
Verschwommenes Sehen	0	1	2	3	4	5	6
Gleichgewichtsprobleme	0	1	2	3	4	5	6
Lichtempfindlichkeit	0	1	2	3	4	5	6
Geräuschempfindlichkeit	0	1	2	3	4	5	6
Gefühl “verlangsamt/ langsam zu sein“	0	1	2	3	4	5	6
Gefühl „wie im Nebel“/ „benebelt“ zu sein	0	1	2	3	4	5	6
„Etwas stimmt nicht mit mir“	0	1	2	3	4	5	6
Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren	0	1	2	3	4	5	6
Schwierigkeiten, sich zu erinnern	0	1	2	3	4	5	6
Erschöpfung, Ermüdung oder wenig Energie	0	1	2	3	4	5	6
Verwirrtheit	0	1	2	3	4	5	6
Schläfrigkeit	0	1	2	3	4	5	6
Emotionaler als gewohnt	0	1	2	3	4	5	6
Reizbarkeit	0	1	2	3	4	5	6
Traurigkeit	0	1	2	3	4	5	6
Nervös oder ängstlich	0	1	2	3	4	5	6
Schwierigkeiten einzuschlafen	0	1	2	3	4	5	6
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtzahl der Symptome:						von 22	
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtwert der Symptomschwere:						von 132	
Werden die Symptome durch körperliche Aktivität schlimmer?						JA	NEIN
Werden die Symptome durch geistige Aktivität schlimmer?						JA	NEIN
Wenn 100% „Ich fühle mich komplett normal“ bedeutet, wie normal fühlen Sie sich, ausgedrückt in Prozent?							
Wenn weniger als 100%, warum?							

* Postconcussion Symptom Scale (PCSS) aus Sports Concussion Assessment Tool (SCAT 5.0)

4. Liegen bereits Arztberichte / Befunde / Röntgen- oder MRT-Bilder vor: nein ja

- Ja, bei/in folgenden Ärzte / Krankenhäusern war/ist unser Kind in Betreuung:

- Ja, folgende Untersuchungen sind bereits erfolgt:

Bildgebung des Gehirns (CT, MRT, Ultraschall) Nervenwasserpunktion Blutentnahme

Andere: _____

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 (Röntgen- oder Kernspinaufnahmen bitte auf CD-Rom).
 3. Wenn noch kein Termin vereinbart ist nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
- 1) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
- ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
 - ⇒ Impfpass
 - ⇒ SPZ-Überweisungsschein vom Kinderarzt/ärztin (entfällt bei BG-Fall)

Kontakt:

Integriertes Sozialpädiatrisches Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Sprechstunde für Kinder und Jugendliche nach Gehirnerschütterung und Schädelhirntrauma
Teilstandort Haus Herzog
Herzog-Heinrichstr. 13, 80336 München
Tel.: 089/4400-56760, Fax: 089/4400-56797
E-Mail: KIND.iSPZ.HausHerzog@med.lmu.de