

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)	O Nein		O Ja: Der Unfall wurde bei der Unfallversicherung angezeigt: O Nein O Ja	
Krankenversicherung Falls es sich um einen sog. BG Fall handelt bitte hier „Unfallkasse“ angeben	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):O multimodale Betreuung bei Z.n. Commotio cerebri bzw. **leichtem** Schädel-Hirn-TraumaO multimodale Betreuung bei Z.n. **mittlerem oder schwerem** Schädel-Hirn-Trauma

O 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 Unfalls: _____
- 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: O nein O ja

- Folgende Sportart(en): _____

- Welche Leistungsklasse: _____
- Trainings-/Wettkampfintervall: _____

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

3. Fragebogen für Kinder: Welche Symptome bestanden in den letzten 7 Tagen* – bitte lassen Sie ihr Kind diese Fragen selbst beantworten, falls es noch nicht lesen kann oder Verständnisfragen hat, unterstützen sie ihr Kind bitte.

Beschwerde / Symptom	nie	selten	manchmal	oft
Es fällt mir schwer, aufmerksam zu sein	0	1	2	3
Ich lasse mich leicht ablenken	0	1	2	3
Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren	0	1	2	3
Ich habe Probleme mir zu merken, was Menschen mir erzählen	0	1	2	3
Ich habe Probleme, Anweisungen zu befolgen	0	1	2	3
Ich träume am Tag zu viel/habe zu viel Tagträume	0	1	2	3
Ich bin verwirrt	0	1	2	3
Ich bin vergesslich	0	1	2	3
Ich habe Problem, Dinge zu Ende zu bringen	0	1	2	3
Ich kann mir Dinge nur schwer vorstellen	0	1	2	3
Es fällt mir schwer, etwas Neues zu lernen	0	1	2	3
Ich habe Kopfschmerzen	0	1	2	3
Mir ist schwindelig	0	1	2	3
Ich habe das Gefühl, dass sich der Raum dreht	0	1	2	3
Ich habe das Gefühl, dass ich ohnmächtig werden	0	1	2	3
Dinge sind verschwommen, wenn ich sie anschau	0	1	2	3
Ich sehe doppelt	0	1	2	3
Mir ist übel/schlecht	0	1	2	3
Ich werde oft müde	0	1	2	3
Ich werde schnell müde	0	1	2	3
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtzahl der Symptome: von 20				
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtwert der Symptomschwere: von 60				
Werden die Symptome stärker, wenn Du Dich körperlich betätigst? Ja Nein				
Werden die Symptome schlimmer, wenn Du nachdenkst, lernst oder liest? Ja Nein				

* Postconcussion Symptom Scale (PCSS) aus Sports Concussion Assessment Tool (SCAT 3.0 Kinderversion)

4. Fragebogen für Eltern: Welche Symptome bestanden bei ihrem Kind aus ihrer Sicht in den letzten 7 Tagen*

Beschwerde / Symptom	nie	selten	manchmal	oft
Das Kind				
hat Schwierigkeiten, aufmerksam zu bleiben	0	1	2	3
lässt sich leicht ablenken	0	1	2	3
hat Schwierigkeiten sich zu konzentrieren	0	1	2	3
hat Probleme sugc zu merkn, was ihm gesagt wurde	0	1	2	3
hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen	0	1	2	3
träumt am Tag zu viel/ neigt zu Tagträumen	0	1	2	3
ist verwirrt	0	1	2	3
ist vergesslich	0	1	2	3
kann Dinge nur schwer zu Ende zu bringen	0	1	2	3
hat schwache Fähigkeiten, Probleme zu lösen	0	1	2	3
hat Lernschwierigkeiten	0	1	2	3
hat Kopfschmerzen	0	1	2	3
fühlt sich schwindelig	0	1	2	3
hat das Gefühl, der Raum dreht sich	0	1	2	3
hat das Gefühl, ohnmächtig zu werden	0	1	2	3
sieht verschwommen	0	1	2	3
sieht Doppelbilder	0	1	2	3
verspürt Übelkeit	0	1	2	3
wird oft müde	0	1	2	3
wird leicht müde	0	1	2	3
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtzahl der Symptome: von 20				
Wird von Arzt ausgefüllt: Gesamtwert der Symptomschwere: von 60				
Werden die Symptome durch körperliche Aktivität stärker? Ja Nein				
Werden die Symptome durch geistige Aktivität stärker? Ja Nein				
Wie anders als sonst verhält sich das Kind? Nicht anders Sehr anders Ich bin unsicher Trifft nicht zu				

* Postconcussion Symptom Scale (PCSS) aus Sports Concussion Assessment Tool (SCAT 3.0 Kinderversion)

5. Liegen bereits Arztberichte / Befunde / Röntgen- oder MRT-Bilder vor: ☐ O nein ☐ O ja

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

- Ja, folgende Untersuchungen sind bereits erfolgt:

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

☐ O 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