

| | |
|--|---|
| 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 oder Sportverein) | <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:

- Seit wann besucht Ihr Kind wieder die Schule/Kindergarten:

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

- Folgende Sportart(en):

- Welche Leistungsklasse:

- Trainings-/Wettkampffintervall:

- 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
 - ⇒ iSPZ-Überweisungsschein, wenn es sich nicht um einen sog. BG-Fall handelt
 - ⇒ Kostenzusageübernahme der Unfallkasse bei BG-Fall

Kontakt:

Sozialpädiatrisches Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Sprechstunde für Kinder mit komplexer Concussion (CoCo)

Concussion Clinic

Teilstandort Haus Goethe

Lindwurmstraße 83, 80337 München

Tel.: 089/4400-55137, Fax: 089/4400-55166

E-Mail: concussionclinic@med.uni-muenchen.de