

# **Integriertes Sozialpädiatrisches Zentrum**

im Dr. von Haunerschen Kinderspital

## **Fachbereich Pneumologie und Mukoviszidose**

Fax: 089-440057879

email: [doris.gros@med.uni-muenchen.de](mailto:doris.gros@med.uni-muenchen.de)

Bei u. g. Patientin/Patienten soll eine Vorstellung im integrierten sozialpädiatrischen Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner) des Klinikum der Universität der Universität München in der Christiane-Herzog- Ambulanz (Pneumologie) stattfinden, um eine detaillierte umfassende Diagnostik und Diagnosestellung vorzunehmen, die dazu passenden Therapiemaßnahmen einzuleiten und deren Umsetzung zu realisieren , um sowohl physischen als auch psychischen Folgeerkrankungen vorzubeugen und einer weiteren Verschlechterung und Chronifizierung entgegenzuwirken (§ 119 Abs. 2 SGB V)

### **I) Allgemeine Informationen:**

Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum				
PLZ, Wohnort, Straße				
Telefon / Fax / E-Mail				
Krankenversicherung	Name:		<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> privat
	Vater (Name):		Geb.-Dat.:	
	Mutter (Name):		Geb.-Dat.:	
	Hauptversicherter:			
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonst.:
Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonst.:
Überweisender Arzt	Name:			
	Adresse:			

## **II) Vom überweisenden Kinderarzt (oder Neurologen oder Kinder & Jugendpsychiater) auszufüllen**

Diagnose oder Behandlung einer komplexen pneumologischen Symptomatik oder Erkrankung oder Verdacht darauf, wie z.B.

Diagnostik unklarer Lungenerkrankungen

Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF)

Interstitielle Lungenerkrankungen

Primäre ziliäre Dyskinesie/ chronische bronchiektasenbildenden Erkrankungen

Fehlbildungen der Lunge und des Zwerchfells

Vorbereitung zur Lungentransplantation und Nachsorge

Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen wie postinfektiöse Bronchitis oder nach Knochenmarks- und Lungentransplantation, nicht Asthma

Bronchopulmonale Dysplasie

Sonstiges: .....

### **Besonderer zusätzlicher Bedarf für:**

Sozialpädagogik / Antragstellung Hilfsmittel/Reha

Physiotherapie / Einleitung, Durchführung

Psychologie

### **Mitgegebene Befunde:**

Arztbriefe

Bildgebung (Rö-TX, CT) auf CD

### **Fragestellung des überweisenden Kinderarztes (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiater):**

### **Stempel des überweisenden Kinderarztes:**

***Von den Eltern auszufüllen:***

### **III) Aktuelle Vorstellung**

**Seit wann und unter welchen Bedingungen (Belastung, Schlaf etc.) beobachten Sie die Beschwerden Ihres Kindes?**

**War Ihr Kind wegen o.g. Beschwerden schon an anderer Stelle in Betreuung?**

nein

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

**Ist bereits eine Bildgebung durchgeführt worden?**

nein

ja, Untersuchung / Datum:

**Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?**

Name	Dosierung	Gaben / Tag

**Gab es in der Vergangenheit besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?**

nein

ja, welche, wann:

**Musste Ihr Kind schon einmal stationär im Krankenhaus behandelt werden? (wenn ja: weshalb, wann, bitte Arztbriefe beilegen)**

**Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)?**

nein

ja, Ort, Grund der Anbindung:

**Ist Ihr Kind geimpft?**

ja, nach Plan (Bitte Impfpass zum Termin mitbringen)

nein

weitere Impfungen (außerhalb der allg. STIKO-Empfehlungen):

**Leidet Ihr Kind an Allergien / atopischen Erkrankungen (Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis)? Gibt es Allergien / atopische Erkrankungen in der Familie?**

nein

ja (welche, seit wann, Therapie):

Familie:

**Schwangerschaft und Geburt (bitte auch gelbes Heft mitbringen):**

Geburtstermin (Schwangerschaftswoche):

Besonderheiten / Komplikationen bei Geburt (Kaiserschnitt / Saugglocke / Nabelschnurvorfall etc.):

APGAR (5 min / 10 min):

Geburtsgewicht / Geburtslänge / Kopfumfang:

**Neugeborenenzzeit (ersten 28 Lebenstage)**

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

ja: \_\_\_\_\_ (Ort, Aufenthaltsdauer)

nein

Musste Ihr Kind beatmet werden?

ja: \_\_\_\_\_ (wie lange)

nein

Gab es besondere Krankheiten / Infektionen in den ersten 4 Lebenswochen?

ja: \_\_\_\_\_ (welche)

nein

## **Säuglingszeit (erstes Lebensjahr)**

Gab es in der Säuglingszeit schwere Infektionen?

ja: \_\_\_\_\_ (Häufigkeit, welche)  nein

Bestand ein chron. Schnupfen / Husten / wiederholt Infektionen im HNO-Bereich?

ja: \_\_\_\_\_ (was, Häufigkeit)  nein

## **Sozialanamnese**

Mein Kind besucht

Kinderkrippe, seit:

Kindergarten, seit:

Schule, seit / Art der Schule:

Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

## **Ablauf der Behandlung von Kassenpatienten im iSPZ:**

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen I bis III mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt aus und lassen ihn abgestempelt
  - ↳ mit allen vorhandenen Arztbriefen, Laborbefunden und vorhandener bildgebender Diagnostik (Röntgenthorax, CT-/MRT-Untersuchungen auf CD) zukommen.
- 2) Bezuglich eines Termins in unserer iSPZ-Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
- 3) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
  - ↳ Gelbes Untersuchungsheft
  - ↳ Impfpass
  - ↳ iSPZ-Überweisungsschein, Pneumologie Überweisungsschein (2. Scheine)

## **Ablauf der Behandlung von Privatpatienten im iSPZ:**

- 1) Bitte füllen Sie den Fragebogen Teil I und II mit Ihrer überweisenden Ärztin/ ihrem überweisenden Arzt aus und legen ihn Ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vor.
- 2) Nach der Genehmigung durch die Krankenkasse lassen Sie uns bitte die Genehmigung sowie Teil I-III mit allen vorhandenen Arztbriefen, Laborbefunden und vorhandener bildgebender Diagnostik (Röntgenthorax, CT/MRT-Untersuchungen auf CD) zukommen.
- 3) Bezuglich eines Termins in unserer iSPZ Sprechstunde nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
- 4) Zum Ambulanztermin bitten wir Sie, zusätzlich zu Arztbriefen und Bildgebung, mitzubringen:
  - ↳ Gelbes Untersuchungsheft
  - ↳ Impfpass

### **Kontakt:**

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital  
Kinderpneumologie Christiane-Herzog-Ambulanz  
Lindwurmstr. 4  
80337 München

Telefon: 089 4400 57878  
Fax: 089 4400 57879

@: [doris.gros@med.uni-muenchen.de](mailto:doris.gros@med.uni-muenchen.de)