

Anmeldung	SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM im Dr. von Haunerschen Kinderspital
------------------	--

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

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

Stempel des Kinderarztes:

Von den Eltern auszufüllen:

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind in Betreuung eines Sozialpädiatrischen Zentrums?
(z.B. Kinderzentrum München, Heiglhofstr.)

- Nein
- Ja, Welches?

Wir benötigen einige Angaben zur aktuellen Situation und über die bisherige Entwicklung Ihres Kindes:

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?

- Nein
 Ja Welche?

Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung?

- Hypoallergen Vegan Sonst.:

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien? Wenn ja, seit wann und wie oft?

		Seit bzw. von - bis	Wie oft?
Physiotherapie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
Ergotherapie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
Logopädie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		

Physiotherapie Angaben wenn verfügbar:

Art der Physiotherapie	<input type="radio"/> Bobath	<input type="radio"/> Vojta	<input type="radio"/> Sonstige:
Name der Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
Telefon			
Therapeut/-in			
Ergotherapie			
Name d. Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
Telefon			
Therapeut/-in			
Logopädie			
Name der Einrichtung/ Praxis			
Adresse			
Telefon			
Therapeut/-in			

Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt?

(z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reittherapie, Musiktherapie o.ä.; bitte beschreiben)

Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung?

Nein Ja, seit

geplant ab

Name der Frühförderstelle
 Adresse
 Telefon
 Ansprechpartner

Besuch einer Krippe/eines Kindergartens? Nein Ja, seit _____ geplant ab _____

Name d. Kindergartens/der Krippe _____

Art des Kindergartens/ der Krippe

regulär

integrativ

heilpädagogisch

Adresse _____

Telefon _____

Ansprechpartner _____

Wohnt Ihr Kind in einem Internat oder in einer Einrichtung? Ja Nein

Name der Einrichtung _____

Adresse _____

Telefon _____

Ansprechpartner _____

Hilfen für die Familie

Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?

Familienentlastender Dienst	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sozialpädagogische Familienhilfe/Unterstützung Jugendamt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstige Hilfen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

Pflegegeld	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt
Pflegegrad			

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt			
Grad der Behinderung	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 90	<input type="radio"/> 100
Merkmale	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> H	<input type="radio"/> aG	<input type="radio"/> G		

Angaben zu Vorgeschichte und Umfeld Ihres Kindes:

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister)?

Schwangerschaft und Geburt

Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehlgeburten oder Totgeburten?

- Ja, im Jahr _____, im _____ Schwangerschaftsmonat. Nein
-
-
-

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

- Blutungen Nein
- schweres Erbrechen
- Unfälle/Operationen
- Bluthochdruck
- fieberhafte Erkrankungen
- vorzeitige Wehen
- wenig Kindsbewegungen
- Fruchtwasser zu wenig/zu viel (Zutreffendes bitte einkreisen)
- seelische Belastungen, beruflicher Stress
- Alkohol
- täglich ___ Zigaretten
- andere Drogen
- Medikamente, welche? _____

- sonstige Komplikationen: _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

- Ja
- Nein, _____ Schwangerschaftswochen (SSW)

Die Geburt erfolgte

- zu Hause
- im _____ Krankenhaus in _____

Gab es bei der Geburt Besonderheiten oder Komplikationen?

- Mehrfingsgeburt Nein
- Beckenendlage
- Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne
- Kaiserschnittentbindung
- Sauglocke / Zange
- grünes Fruchtwasser
- besonders lange Geburt
- besonders schnelle Geburt
- andere: _____

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?

5 Minuten 10 Minuten ph-Wert

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

..... Gramm cm lang Kopfumfang bei Geburt:..... cm.

Zur Neugeborenenzeit (die ersten 4 Lebenswochen):

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden

Ja, in Nein.

Dauer des Aufenthalts:

War Ihr Kind auffällig gelb?

Ja. Nein.

Musste Ihr Kind beatmet werden?

Ja. Nein.

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

Ja. Nein.

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

Ja. Nein.

Sondierung:

Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?

- Bewegungsarmut
 - Unruhe
 - häufiges Spucken
 - Schiefhaltungen, Asymmetrien
 - Anfälle
 - Schreckhaftigkeit
 - häufiges Schreien
 - Ein-/Durchschlafschwierigkeiten
 - Koliken/Bauchprobleme
 - geringe Ansprechbarkeit
 - Sonstiges
- Nein

Krankheiten Ihres Kindes

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden? Wann?

- Nein
- Ja

Impfungen Ihres Kindes

- Ja, nach Plan. (Bitte Impfpass zum Ersttermin mitbringen - Danke)
- Nein.
- Spezielle Impfungen (z.B. RSV, Rota.....)

Besondere Reaktionen auf die Impfung?

- Nein.
- Ja (bitte beschreiben!)

Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)

Meilensteine der Entwicklung

Folgende wichtige Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht ?

Freies Sitzen (wenn hingesezt)Monate

Hochziehen zum StandMonate

Erste freie SchritteMonate

Erste sinnbesetzte WörterMonate

Sauberkeitsgewöhnung: sauber..... Jahre
 trocken..... Jahre

Radfahren ohne StützenJahre

Stärken und Schwächen Ihres Kindes

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?

.....

Was fällt Ihrem Kind schwer und in welchen Situationen?

Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne und wie?

.....

Gibt es Schwierigkeiten bei Grenzsetzung, Wunschversagung, Aufforderungen, mit Geschwistern,.....sonstige Probleme?

Krippe/Kindergarten

Gab es in der Krippe/im Kindergarten Probleme

Steht ein Wechsel der Krippe/des Kindergartens an?

O Ja. Wann? O Nein

Einschulung/Schule

Besucht Ihr Kind die Schule?

O Nein O Ja, seit

O geplant ab

Name d. Schule:
Schulart:
Adresse:
Telefon:
Lehrer/In:
Klasse:

**Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:
Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht.**

O Nein O Ja

Wann?

Wo?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?
(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder etc. bei)**

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

Ist Ihr Kind mit einem / mehreren Hilfsmittel(n) versorgt?

Ja, und zwar _____ Nein

Hat Ihr Kind Anfälle?

Ja, zuletzt _____ Nein

wie häufig _____
wie lange _____

Medikation

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

Datum, Unterschrift



CAMPUS INNENSTADT
 SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
 DR. V. HAUNERSCHEN KINDERSPITAL



Sozialpädiatrisches Zentrum des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals
 Lindwurmstr. 4, 80337 München

Telefon +49 (0)89 55 27 34 0
 Telefax +49 (0)89 55 27 34 222

www.ispz-hauner.de

Kontakt/Rücksendeadresse:

**Ambulanz für Kopfschmerzen
 LMU Zentrum für Entwicklung und
 komplex chronisch kranke Kinder
 iSPZ Hauner
 Teilstandort Haus Goethe
 Dr. v. Haunerschen Kinderspital
 LMU Klinikum München
 Lindwurmstr. 83
 80337 München**

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder und Jugendliche,

Sie suchen Hilfe, da Ihr Kind seit einiger Zeit an Kopfschmerzen leidet. Zunächst sollte Ihr Kind einen Termin bei der Ärztin/dem Arzt vereinbaren, der Ihren Sohn/Ihre Tochter am besten kennt: die Kinder- und Jugendärzt*innen.

Wenn Ihre betreuende Kinder- und Jugendärztin/Ihr betreuender Kinder- und Jugendarzt eine Vorstellung in unserer speziellen **iSPZ Hauner Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit Kopfschmerzen** empfiehlt, bitten wir Sie, uns einige Fragen vorab zu beantworten, und einen Überweisungsschein vom Kinderarzt zum Termin mitzubringen.

Bitte kommen Sie 20 Minuten vor Ihrem Termin für die Aufnahmeformalitäten und die Messung von Körpermaßen und Blutdruck in unsere SPZ- Anmeldung in der Lindwurmstr. 83.

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich

privat versichert

Ärztlicher Leiter des
 Sozialpädiatrischen Zentrums
 Prof. Dr. Florian Heinen

Fachbereich Kopfschmerz

Prof. Dr. Florian Heinen
 PD Dr. med. Dipl. Psych.
 Mirjam Landgraf
 Dr. med. Iris Hannibal
 Dr. med. Kristina Huß

Birte Rahmsdorf M. Sc.

Birgit Klose

Fachbereich
 Entwicklungsneurologie

Fachbereich
 Neuromuskuläre Erkrankungen
 und Klinische europysiologie

Fachbereich
 Epileptologie im
 Epilepsiezentrum München

Fachbereich
 Motorik und Intervention

Fachbereich
 Klinische Psychologie

Sitz der Gesellschaft:
 Soziale Beratungs- und
 Betreuungsdienste Bayern gGmbH
 Adamstr. 5
 80838 München

Geschäftsführer:
 Rainer Salz
 Amtsgericht München
 HRB 130 898
 StNr.: 143/237/70124

Bankverbindung:
 Kreissparkasse München
 Starnberg
 Kto.: 22 317 374
 BLZ: 702 501 50

Träger:



Fragebogen für das Kind / die/den Jugendliche/n**1. Wann hattest Du zum ersten Mal Kopfschmerzen?**

- erst seit einiger Zeit (in diesem Jahr)
- schon als kleines Kind
- seit ich in der Schule bin
- weiß ich nicht

2. Wie oft hast Du Kopfschmerzen?

- jeden Tag
- jeden Monat
- jede Woche
- seltener

3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen?

- nur kurze Zeit
- den ganzen Tag
- einen halben Tag
- länger als ein Tag

4. Wann beginnen die Kopfschmerzen?

- beim Aufwachen
- am Nachmittag
- in der Nacht
- während des Morgens
- abends

5. Wo sitzt der Schmerz?

- im ganzen Kopf
- hinter den Augen
- in den Schläfen
- im Nacken
- nur auf einer Kopfseite
- hinter der Stirn
- am Hinterkopf

6. Wie empfindest Du den Schmerz?

- pochend
- stechend
- drückend
- krampfartig
- dröhnend

7. Wie stark sind Deine Schmerzen?

- es tut wenig weh
- ich kann sie kaum aushalten
- sie sind mittelstark

8. Hast Du bei Kopfschmerzen noch andere Beschwerden?

- mir ist dabei übel
- ich habe Bauchweh
- mich stört helles Licht
- ich sehe Sternchen vor den Augen
- ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen
- ich muss erbrechen
- mir wird schwindelig
- mich stören laute Geräusche
- ich habe ein komisches Gefühl in der Hand
- mich stören Gerüche

9. Wann treten die Kopfschmerzen vor allem auf?

- wenn ich Sport treibe
- wenn ich erkältet bin
- beim Fernsehen/Computerspielen
- wenn ich traurig bin oder mich ärgere
- bei anderen Gelegenheiten – welchen? _____
- wenn ich nicht genug geschlafen habe
- in der Schule
- bei Wetterwechsel
- vor oder nach Klassenarbeiten

10. Was machst Du normalerweise, wenn die Kopfschmerzen beginnen?

- ich mache das weiter, was ich gerade tue ich muss eine Pause einlegen
 ich muss mich hinlegen etwas anderes: _____

11. Was hilft Dir bei Deinen Kopfschmerzen?

- Kühlen des Kopfes hinlegen/Entspannen
 das Zimmer abdunkeln ablenken
 Schmerzmittel etwas anderes: _____

12. Hast Du gegen Deine Kopfschmerzen schon einmal Medikamente bekommen?

- nein ja

13. Wie stark sind Deine Kopfschmerzen auf einer Skala von 0 bis 10?



[0]---[1]---[2]---[3]---[4]---[5]---[6]---[7]---[8]---[9]---[10]
 keine Schmerzen stärkste vorstellbare Schmerzen

14. Haben sich die Kopfschmerzen in letzter Zeit verändert oder sind stärker geworden?

- Nein. Ja: Wie? _____

15. Wie viele Tage hast Du in den letzten drei Monaten wegen Deiner Kopfschmerzen in der Schule gefehlt?

- Gar nicht. _____ Tage.

16. Musst Du wegen Deiner Kopfschmerzen auf Dinge verzichten müssen, die Du gerne machst?
 Falls ja: Auf was?

- Nein.
 Ja, auf _____

Rücksendeadresse:

Kopfschmerzambulanz, iSPZ Hauner, Dr. von Haunerschen Kinderspitals, Lindwurmstr. 83, 80337 München

Fragebogen für die Eltern

1. Seit wann hat Ihr Kind Kopfschmerzen?

- seit..... Monaten seit..... Jahren

2. Wie oft hatte Ihr Kind im letzten Monat Kopfschmerzen?

- täglich mehr als dreimal pro Woche
 zwei- bis dreimal pro Woche einmal pro Woche
 zwei- bis dreimal pro Monat einmal im Monat

3. Wie lange dauern die Kopfschmerzen meistens?

- bis zu 1 Stunde bis zu 3 Stunde
 bis zu 6 Stunde bis zu 12 Stunden
 bis zu 24 Stunden das ist unterschiedlich

4. Die Häufigkeit der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:

- abgenommen sie war unverändert
 zugenommen

5. Die Stärke der Kopfschmerzen hat in den letzten 3 Monaten:

- abgenommen sie war unverändert
 zugenommen

6. Treten bei den Kopfschmerzen noch andere Begleitscheinungen auf?

- Übelkeit Erbrechen
 starker Schwindel Augenflimmern
 Lähmungen, Sprachstörungen Gefühlsstörungen in den Armen

7. Hat Ihr Kind neben den Kopfschmerzen noch andere Erkrankungen?

- ja, und zwar _____

8. Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Kopfschmerzen?

- | | <i>Migräne</i> | <i>andere Kopfschmerzen</i> |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Vater | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Mutter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Großeltern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Geschwister | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Verursachen die Kopfschmerzen Ihres Kindes Probleme in der Familie?

- ja, und zwar _____
- nein

10. Was wurde bisher gegen die Kopfschmerzen Ihres Kindes getan?
(Medikamente, nicht-medikamentöse Maßnahmen)

Maßnahme/Behandlung	Dosis	Zeitpunkt	Dauer	Erfolg 0=keiner 5 = gut

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragebögen.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Florian Heinen
 Arzt für Neurologie
 Arzt für Kinder- und Jugendmedizin
 Schwerpunkt Neuropädiatrie
 Ärztlicher Leiter des iSPZ Hauner

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam Landgraf
 Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin
 Schwerpunkt Neuropädiatrie
 Psychologin
 Oberärztin im iSPZ Hauner

Rücksendeadresse:

Kopfschmerzambulanz, iSPZ Hauner, Dr. von Haunerschen Kinderspitals, Lindwurmstr. 83, 80337 München

