

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

Allgemeine Informationen:

Name des Kindes				
Geburtsdatum				
Straße, PLZ, Wohnort				
Telefon / Fax / E-Mail				
Krankenversicherung	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):

☐ Multimodale Betreuung bei V.a. / gesicherte primäre Kopfschmerz Erkrankung

☐ Abklärung, Diagnostik & Betreuung bei noch nicht gesicherter Ursache für wiederkehrende Kopfschmerzen

☐ Multimodale Betreuung bei Kopfschmerzen, die in Zusammenhang zu einer anderen Erkrankung des Patienten stehen

Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen: Anmeldebogen für die Kopfschmerzsprechstunde:**1. Was macht Ihnen Sorgen und weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen:**

- Kurze Beschreibung der aktuellen gesundheitlichen Situation:

- Welche Maßnahmen haben Sie bereits erprobt (z.B. Schmerzmittel, Pfefferminzöl, Physiotherapie):

- 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?

2. 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

☐ Augenarzt ☐ Andere: _____

3. Bitte beantworten Sie diese Kopfschmerz-spezifischen Fragen, damit wir uns ein genaues Bild von den Beschwerden machen können:

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>
☐ Vater	☐	☐
☐ Mutter	☐	☐
☐ Großeltern	☐	☐
☐ Geschwister	☐	☐

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

☐ ja, und zwar _____

☐ nein

Weiterer Ablauf:

1. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und lassen ihn uns zukommen. Zusätzlich benötigen wir die Terminvergabe entweder eine Unterschrift und Stempel Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt auf der ersten Seite dieses Fragebogens **oder** einen an das SPZ ausgestellten SPZ-Überweisungsschein. **Bitte beachten Sie, dass Überweisungen an SPZs nur durch Kinder- und Jugendärzte, Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiater möglich sind.**
2. Bitte lassen Sie uns alle Vorbefunde und Arztberichte zukommen.
3. In vielen Fällen ist es hilfreich für die Beurteilung der Kopfschmerzen, über ca. 4 Wochen ein Kopfschmerztagebuch zu führen. Dies kann mittels ausgedrucktem Kalender oder einer App erfolgen. Bitte bringen Sie den Kalender bzw. einen Ausdruck aus der App zum Termin mit.
4. Wenn noch kein Termin vereinbart ist nehmen wir mit Ihnen nach Sichtung der Unterlagen umgehend telefonischen Kontakt auf.
5. Zum Ambulanztermin bitten wir Sie zusätzlich mitzubringen:
 - ⇒ Gelbes Untersuchungsheft
 - ⇒ Impfpass
 - ⇒ **SPZ-Überweisungsschein ausgestellt** von einem **Kinder- und Jugendarzt, Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiater** (entfällt bei Privatversicherten Kindern)

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