

Anmeldung - Gastroenterologie und Hepatologie	INTEGRIERTES SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM im Dr. v. Haunerschen Kinderspital (iSPZ Hauner)
--	---

I) Allgemeine Informationen:

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

Vom überweisenden Arzt auszufüllen

Fragestellung des überweisenden Kinderarztes (oder Neurologen oder Kinder- & Jugendpsychiaters):

O um telefonische Kontaktaufnahme wird vorab gebeten

Stempel des überweisenden Arztes:

Von den Eltern auszufüllen:

II) Aktuelle Vorstellung

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

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

☐ nein

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

Sind bei Ihrem Kind bereits Untersuchungen durchgeführt worden?

☐ nein

☐ ja (Untersuchungsergebnisse, Arztbriefe bitte beilegen)

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein?

Name	Dosierung	Gaben / Tag

Erhält Ihr Kind eine spezielle Diät oder Ernährung?

Befindet/befand sich Ihr Kind in therapeutischer Betreuung?

☐ Logopädie

☐ Ergotherapie

☐ Physiotherapie

☐ Psychotherapie

☐ andere Fördermaßnahmen:

Wenn ja, wann:

III) Vorgeschichte

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

☐ nein

☐ ja: Welche?, Wann?:

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

☐ nein

☐ ja: Ort, Grund der Anbindung:

IV) Sozialanamnese

Mein Kind besucht

☐ Kinderkrippe, seit:

☐ HPT, seit:

☐ Kindergarten, seit:

☐ Hort, seit:

☐ Schule, seit / Art der Schule:

☐ Ausbildung / Lehre, seit Ausbildungsstätte:

Mein Kind hat (wenn ja, bitte ankreuzen)

☐ Pflegegrad _____

☐ Schwerbehindertenausweis mit _____ %, Merkzeichen _____

V) Ich wünsche mir Beratung:

☐ Psychologisch, zu _____

☐ Sozialpädagogisch, zu _____

Weiterer Ablauf:

1) Bitte füllen Sie den Fragebogen mit Ihrer überweisenden Ärztin / Ihrem überweisenden Arzt vollständig aus und lassen ihn uns zusammen mit
⇒ Arztbriefen, Laborbefunden und ggf. weiteren Befunden zukommen.

2) Bezüglich 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

Kontakt:

Adresse: iSPZ im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Kindergastroenterologie und Hepatologie
Standortteil
Lindwurmstr. 83-85
80337 München

Telefon: 089 4400 55137

Fax: 089 4400 55166