

Fragebogen zur Vorbereitung einer stationären Aufnahme

Liebe Eltern, liebe Angehörige,

Sie sind an einer Untersuchung/Behandlung Ihres Kindes in unserer Klinik interessiert oder Ihr Kind wurde von Ihrem behandelten Arzt angemeldet, wir nehmen Sie hiermit auf die Warteliste. Bitte beachten Sie, dass Kinder die dauerhaft Sauerstoffpflichtig sind oder einen Tracheostoma haben, aufgrund unserer Ausstattung leider nicht stationär aufgenommen werden können

Um entscheiden zu können, welche Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten wir Ihrem Kind anbieten können bzw. sinnvoll sind, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Falls der Platz für einige Antworten nicht ausreichen sollte, nehmen Sie bitte ein zusätzliches Blatt hinzu.

Legen Sie bitte dem ausgefüllten Fragebogen alle aktuelle Krankenunterlagen von Ihrem Kind nur in Kopie bei (**Arztberichte und -befunde von allen vorbehandelnden Ärzten und/oder Kliniken, alle vorhandenen MRT/ CT Bilder auf Folie oder CD etc.**)

Ihre vollständig eingesandten Unterlagen erleichtern uns eine Entscheidung und vermeiden unnötige Wartezeiten auf einen Behandlungstermin.

Wir weisen Sie darauf hin, dass eingeschickte Unterlagen (vorbehandelnden Ärzten und/oder Kliniken, alle vorhandenen MRT/ CT Bilder auf Folie oder CD etc.) nach **einem Jahr** vernichtet werden, sollte keine stationäre Behandlung zustande kommen.

Mit freundlichen Grüßen aus Kork
Ihr ZBM Team
Zentrales Behandlungsmanagement
Landstr.1
77694 Kehl

☎ 07851 / 84 - 2170

📠 07851 / 84 - 2171

✉ zbm@epilepsiezentrum.de

Angaben zum Kind:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Straße & Nr.	<input type="text"/>		
PLZ Wohnort	<input type="text"/>		
Geschlecht	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> divers
Nationalität	<input type="text"/>		
Aktuelles Gewicht	<input type="text"/> kg	Aktuelle Größe	<input type="text"/> cm
Versichert über	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Selbst

Versicherung:

Gesetzlich versichert Privatversichert / Beihilfe Zusatzversichert

Bei Privatversicherten bzw. Zusatzversicherung, **Chefarztwahl:** Ja Nein

Krankenkasse ggf. Ansprechpartner:

Sorgeberechtigt: Eltern Vater Mutter Vormund/ Pflegeeltern
 (Bei abweichenden Sorgerecht, bitte aktuelle Bescheinigung vom Gericht und/ oder Jugendamt beifügen!)

Vater

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	derzeitige Tätigkeit:	<input type="text"/>
Straße & Nr.	<input type="text"/>		
PLZ Wohnort	<input type="text"/>		
Telefon privat	<input type="text"/>	Telefon dienstlich	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Mutter

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	derzeitige Tätigkeit:	<input type="text"/>
Straße & Nr.	<input type="text"/>		
PLZ Wohnort	<input type="text"/>		
Telefon privat	<input type="text"/>	Telefon dienstlich	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Daten des Vormundes:

Name, Vorname:

Straße & Nr.:

PLZ/Wohnort:

Telefon privat: Telefon dienstlich:

Unterbringung

Wir bieten die Unterbringung **einer** Begleitperson in Zimmern außerhalb der Kinderklinik auf dem Gelände der Diakonie Kork an (Stay In). Ihr Kind soll während seines stationären Aufenthaltes begleitet werden durch:

- Vater Mutter keine Begleitung Vormund

HINWEIS: Die Kosten für die Unterbringung der Eltern werden in der Regel durch die **gesetzliche Krankenkasse bis zum 12. Lebensjahr** übernommen. Ausnahme: 12 Jahre und Pflegestufe 3!
Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns, wir helfen Ihnen gerne weiter.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass wir seit 10/2017 freiheitsentziehenden Maßnahmen (ggf. Bettgitter, Bauchgurt, ähnliches) richterlich beantragen müssen. Dies geschieht auf Antrag der Sorgeberechtigten durch das für den Wohnort zuständige Familiengericht. Im akuten Fall (Feststellung der Notwendigkeit nach der Aufnahme hier oder Änderung der Situation mit neu entstandenem Bedarf) wird mit Einverständnis der Sorgeberechtigten eine einstweilige Verfügung beim Amtsgericht Kehl beantragt.

Kostenübernahme der Fahrten

Bei Entlassung aus unserer Klinik muss die Rückfahrt nach Hause durch z.B. Angehörige vorab gewährleistet sein. Ärztliche Verordnungen für die Rückfahrt können von uns nur ausgestellt werden, wenn zwingende medizinische Gründe vorliegen. Die ärztliche Verordnung einer Krankenfahrt bedeutet nicht, dass in jedem Fall eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt. Bei einer Ablehnung wären die Kosten durch Sie selbst zu tragen. Von daher empfehlen wir Ihnen, die Kostenübernahme im Vorfeld mit Ihrer Krankenkasse abzuklären.

Wir haben o.g. Informationen gelesen und bestätigen diese hiermit

Aus welchen Gründen möchten Sie mit Ihrem Kind zu uns kommen? (bitte unbedingt angeben!)

- Diagnose/Frage, ob Epilepsie vorliegt
- bessere Anfallskontrolle
- Ketogene Diät
- Prächirurgische Diagnostik
- berufliche Perspektive
- Fragen zum Umgang mit Epilepsie
- Überprüfung der medikamentösen Therapie
- ich/wir möchte/n eine "zweite Meinung" einholen
- Überprüfung der Anfallssituation
- (neuro-)psychologische Testung/Begutachtung
- soziale/schulische Probleme
- Sonstiges:

Fragen zur Epilepsie Ihres Kindes

In welchem Alter hatte Ihr Kind den ersten epileptischen Anfall?

Lebensjahr : Lebensmonat:

Ist die Diagnose Epilepsie...	<input type="radio"/> gesichert	<input type="radio"/> fraglich
Hat Ihr Kind zurzeit Anfälle?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja Datum des letzten Anfalls: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Anzahl der Anfälle:	<input style="width: 40px;" type="text"/> Tag	<input style="width: 40px;" type="text"/> Monat
	<input style="width: 40px;" type="text"/> Nacht	<input style="width: 40px;" type="text"/> Jahr
	<input style="width: 40px;" type="text"/> Woche	
Dauer jeweils ungefähr	<input style="width: 100px;" type="text"/> Minuten	
Hatte Ihr Kind Fieberkrämpfe?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Anzahl? <input style="width: 60px;" type="text"/>
Anfallstyp:	<input type="checkbox"/> generalisiert	<input type="checkbox"/> fokal
	<input type="checkbox"/> tonisch-klonisch	
Sind die Anfälle bedrohlich?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Anfälle mit:	<input type="checkbox"/> Statusneigung	<input type="checkbox"/> Zyanose (=bläuliche Verfärbung der Haut)
	<input type="checkbox"/> Erbrechen	

Beschreiben Sie bitte so genau wie möglich den/die derzeitigen Anfallsablauf bzw. -abläufe:

Welche Medikamente bekommt Ihr Kind **zur Zeit**?

Name des Medikaments	Seit wann?	Dosierung (Angabe in ml oder Tabletten)		
		Morgens	Mittags	Abends

Welche antiepileptischen Medikamente Ihres Kindes wurden im Vorfeld eingesetzt?

Hat Ihr Kind einen Vagusnervstimulator? nein ja, seit:

Hat Ihr Kind ein Shunt? nein ja, seit:

Bekommt Ihr Kind eine KETOGENE DIÄT? nein ja, seit:

Fragen zu Ihrem Kind

In unserer Klinik werden viele Kinder mit schweren und therapieresistenten Epilepsien behandelt. Damit wir eine bedarfsgerechte Unterstützung anbieten können, benötigen wir individuelle Informationen zur Befindlichkeit und aktuellen Situation Ihres Kindes. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen gewissenhaft und sorgfältig. Vielen Dank.

Hat Ihr Kind eine andere chronische Erkrankung
(z. B. Diabetes, Asthma, Allergie/n, Lebensmittelunverträglichkeiten ...)?

- nein ja, welche?

Hat Ihr Kind eine körperliche Behinderung (z. B. Sehschwäche, Gehbehinderung, ...)?

- nein ja, welche?

 seit: seit:

Braucht Ihr Kind wegen seiner Behinderung technische Hilfen (z. B. orthopädische Schienen, Rollstuhl, Hörgerät, Brille o. a.)?

- nein ja, welche?

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad?

- nein ja, Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

- nein ja, Grad der Behinderung: Merkzeichen:

Erhalten Sie bzw. Ihr Kind zusätzliche Unterstützung?

- nein ja, und zwar

- Frühförderung Integrationshilfe
 Schulassistenz Familienunterstützender Dienst (FuD)
 Sozialpäd. Familienhilfe (SPFH)

Hat Ihr Kind zurzeit regelmäßig sonstige Therapien?

- nein ja, seit:

- Krankengymnastik Sonstiges:
 Ergotherapie

Fragen zur Selbständigkeit Ihres Kindes:

Ist Ihr Kind in den täglichen Verrichtungen selbständig? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Essen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Vorbereitung / Anleitung	<input type="radio"/> per Sonde / PEG
Trinken	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Vorbereitung / Anleitung	<input type="radio"/> per Sonde / PEG
Laufen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teilweise	
An- und Ausziehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Unterstützung / Anleitung	
Waschen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Unterstützung / Anleitung	<input type="radio"/> umfass. Pflege notwendig
Toilettengang	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teilweise	<input type="radio"/> benötigt Inkontinenzhilfen

Welche anderen medizinischen Hilfsmittel sind notwendig:

<input type="checkbox"/> Überwachungsmonitor	<input type="checkbox"/> Nasen-Sonde	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde
<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> Sauerstoff	<input type="checkbox"/> Zahnsperre
<input type="checkbox"/> Weitere Hilfsmittel:	<input type="text"/>	

Fragen zum Entwicklungsstand Ihres Kindes

Wie ist der geistige Entwicklungsstand Ihres Kindes?

- altersgemäß lernbehindert geistig behindert schwerstbehindert

findet sich in vertrauter Umgebung zurecht:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teilweise
findet sich in fremder Umgebung zurecht:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teilweise
kann sich sprachlich verständigen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teilweise
kann einfache sprachliche Aufforderungen verstehen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teilweise
Ihr Kind ist:	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> hyperaktiv	<input type="checkbox"/> (teilweise) aggressiv
	<input type="checkbox"/> benötigt Einzelbetreuung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	<input type="text"/>		

Gibt es Besonderheiten in Stimmung und Verhalten?

Lieblingsbeschäftigung/en Ihres Kindes?

Schlafgewohnheiten Ihres Kindes?

Kinderbett großes Bett Besonderheiten:

Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes:

<input type="checkbox"/>	Säuglingskost (bitte genaue Angaben)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Kleinkindkost	
<input type="checkbox"/>	Normalkost	
<input type="checkbox"/>	Sondennahrung, welche <input type="text"/>	Kcal / ml pro Tag <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Diäten, welche <input type="text"/>	KD/MAD Verhältnis: <input type="text"/>

Fragen zur Bildung Ihres Kindes (Kindergarten/Schule/Ausbildung)

Wo ist Ihr Kind zurzeit eingegliedert?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> nur zu Hause | <input type="checkbox"/> Spielgruppe | <input type="checkbox"/> Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> Grundschule | <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Realschule |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium | <input type="checkbox"/> andere weiterführende
Schule | <input type="checkbox"/> Berufsbildungswerk /
berufsbildende Einrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Sonder-/Förderschule für... | | |
| <input type="radio"/> Körperbehinderte | <input type="radio"/> Lernbehinderte | <input type="radio"/> Geistig Behinderte |

Name der Bildungsstätte Gruppe/Klasse

GruppenleiterIn/
KlassenlehrerIn (Name)

Straße

PLZ / Ort

Telefon Fax

E-Mail

Gibt es besondere Probleme in Kindergarten, Schule, Freizeit oder Familie?

Fragen zu den (vor-)behandelnden Ärzten und Institutionen

Wer ist der zuständige Kinder- oder Hausarzt?

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

In welchen Krankenhäusern/Instituten wurde Ihr Kind bereits wegen seiner Epilepsie behandelt?

Jahr von – bis	Ambulant	Stationär	Name des Arztes / Krankenhauses	Ort
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wurden folgende Untersuchungen bei Ihrem Kind bereits gemacht?

Kernspintomographie / MRT:

nein ja Datum: durchgeführt in/im:

Computertomographie / CT:

nein ja Datum: durchgeführt in/im:

Psychologische Testung

nein ja Datum: durchgeführt in/im:



Bitte schicken Sie uns alle Arztberichte und -befunde von allen vorbehandelnden Ärzten und/oder Kliniken, MRT/ CT Bilder auf Folie oder CD im Vorfeld zu, ohne diese könne wir keinen Aufnahmetermin vergeben.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir als Klinik, ohne Schweigepflichtentbindung keine Befunde anfordern dürfen!



Welche weiteren Fachleute wurden bisher hinzugezogen?

Sozialpädiatrische Zentren			
Name	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Schulpsychologischer Dienst			
Name	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Erziehungsberatungsstellen			
Name	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Psychologen			
Name	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Durch die nachfolgende Unterschrift erteilen Sie uns die Erlaubnis, über Ihr Kind

Name, Vorname des Kindes

geboren am

bei vorbehandelnden Krankenhäusern/Kliniken etc., bzw. bei o. g. Fachleuten (auch Schulen) noch fehlende Informationen/Arztberichte/Befunde, die für eine Untersuchung/Behandlung in unserer Klinik notwendig sind, einzuholen bzw. anzufordern.

Sollten Sie dieses bei einzelnen Stellen nicht wünschen, geben Sie dies bitte hier an:

Ort, Datum Unterschrift der Eltern/des Vormunds

**Bitte diese Seite ausdrucken, unterschreiben und im Original verschicken
oder via Scan per E-mail an: zbm@epilepsiezentrum.de**