# 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.

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 oder als QR- Code)***.

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

Erst wenn uns die Unterlagen vollständig vorliegen, kann eine Terminvergabe erfolgen.

Wir weisen 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, wenn keine stationäre Behandlung zustande kommt.

Bitte planen Sie für den ersten Aufenthalt bei uns mindestens 2 Wochen ein. Nach der ersten Woche werden Sie von den ärztlichen Kollegen darüber informiert, wie lange der Aufenthalt Ihres Kindes bei uns notwendig sein wird.

Mit freundlichen Grüßen aus Kork

Ihr ZBM Team
Zentrales Behandlungsmanagement
Landstr.1
77694 Kehl
Tel.: 07851 / 84 - 2170
Fax: 07851 / 84 - 2171
E-Mail: zbm@epilepsiezentrum.de

**Angaben zum Kind:**

Name: …… Vorname: ……

Geburtsdatum: …… Geburtsort: ……

Straße & Hausnummer ……

PLZ/Wohnort: ……

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Nationalität: ……

Derzeitige Größe und Gewicht des Kindes: ……cm ……kg

**Kind ist versichert über:** ☐ Vater ☐ Mutter

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert / Beihilfe ☐ Zusatzversichert

Bei Privat versichert bzw. Zusatzversichert: Chefarztwahlarzt ☐ Ja ☐ Nein

**(Bitte ausfüllen, gilt für Gesetzliche und auch Private Krankenkassen)**

**Krankenkasse & ggf. Ansprechpartner**: ……

Vollständige Adresse ……

PLZ/Ort: ……

Telefon : …… Fax: ……

**Vater** **(Bitte ausfüllen)**

Name: …… Vorname: ……

Geburtsdatum: …… Geburtsname: ……

Straße & Hausnummer ……

PLZ/Wohnort: ……

Telefon privat: …… Telefon Arbeit: ……

Handy: …… Fax: ……

E-mail: …… zurzeit ausgeübte Tätigkeit: ……

**Mutter** **(Bitte ausfüllen)**

Name: …… Vorname: ……

Geburtsdatum: …… Geburtsname: ……

Straße & Hausnummer ……

PLZ/Wohnort: ……

Telefon privat: …… Telefon Arbeit: ……

Handy: …… Fax: ……

E-mail: …… zurzeit ausgeübte Tätigkeit: ……

**Wer hat das Sorgerecht?** ☐ Eltern ☐ Vater ☐ Mutter

☐ Vormund/ Pflegeeltern (Bei abweichenden Sorgerecht, bitte aktuelle Bescheinigung vom Gericht und/ oder Jugendamt dazulegen!)

**Daten des Vormundes**:

Straße & Nr. ……

PLZ/Wohnort: ……

Telefon privat: …… Telefon Arbeit: ……

## Unterbringung

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

☐ keine Begleitung ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Vormund ☐ ……..

Die Kosten für die Unterbringung der Eltern werden in der Regel durch die **gesetzliche Krankenkasse** übernommen. Wir bitten Sie jedoch die Kostenübernahme vorab mit Ihrer Krankenkasse schriftlich abzuklären. Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte direkt an das Stay In, diese helfen Ihnen gerne weiter.

Ansprechpartner Stay In für Fragen: 07851/ 84-1584

## Dolmetscher

Sollte Deutsch nicht Ihre Muttersprache und eine Verständigung auf Deutsch schwierig sein, bitten wir Sie am Tag der stationären Aufnahme einen Dolmetscher für die stattfindenden Gespräche mitzubringen. Und uns die Kontaktdaten Ihres Dolmetschers zu übermitteln: Daten des Dolmetschers:

Name: ……..

E-Mail- Adresse: ……

Telefon: ……

## Freiheitsentziehende Maßnahmen

Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass seit 10/2017 wir 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 neuentstandenem Bedarf) wird mit Einverständnis der Sorgeberechtigten eine einstweilige Verfügung beim Amtsgericht Kehl beantragt.

Ort, Datum Ihre Unterschrift / Unterschrift der Eltern

## 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.

Ort, Datum Ihre Unterschrift / Unterschrift der Eltern

**Aus welchen Gründen möchten Sie mit Ihrem Kind zu uns kommen?** **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

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

**Fragen zur Epilepsie Ihres Kindes**

In welchem Alter hatte Ihr Kind den ersten epileptischen Anfall? …. …….

Lebensjahr : …… Lebensmonat: ……

Ist die Diagnose Epilepsie: ☐ gesichert oder ☐ fraglich

Hat Ihr Kind zurzeit Anfälle? ☐ Nein ☐ Ja, wann war der letzte Anfall: ……

Anzahl der Anfälle: ……./Tag ……../Nacht ……./Woche ……../Monat ……./Jahr

Dauer jeweils ungefähr ……. Minuten

Hatte Ihr Kind Fieberkrämpfe? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Anzahl? …….

Anfallstyp: ☐ generalisiert (☐ tonisch-klonisch) ☐ fokal

Sind die Anfälle bedrohlich? ☐ Nein ☐ Ja

Anfälle mit: ☐ Statusneigung ☐ Zyanose (bläuliche Verfärbung der Haut…) ☐ Erbrechen

Beschreiben Sie bitte so genau wie möglich den/die derzeitigen Anfallsabläufe:

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

| Name des Medikaments | Seit wann? | Dosierung (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 unserem Epilepsiezentrum 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 / 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 ☐ Ergotherapie ☐ Sonstiges: .....

**Fragen zur Selbständigkeit Ihres Kindes:**

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

Essen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ mit Vorbereitung/Anleitung ☐ per Sonde/PEG

Trinken: ☐ Ja ☐ Nein ☐ mit Vorbereitung/Anleitung ☐ per Sonde/PEG

Laufen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise

An- und Ausziehen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ mit Unterstützung/Anleitung

Waschen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ mit Unterstützung/Anleitung ☐ umfass. Pflege notwendig

Toilettengang: ☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise ☐ benötigt Inkontinenzhilfen

Welche anderen medizinischen Hilfsmittel sind notwendig:

☐ Überwachungsmonitor ☐ Nasen-Sonde ☐ PEG-Sonde

☐ Ernährungspumpe ☐ Sauerstoff ☐ Zahnspange

_____

weitere Hilfsmittel

**Fragen zum Entwicklungsstand Ihres Kindes**

Wie ist der geistige Entwicklungsstand Ihres Kindes?

☐ altersgemäß ☐ lernbehindert ☐ geistig behindert ☐ schwerstbehindert

findet sich in vertrauter Umgebung zurecht: ☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise

findet sich in fremder Umgebung zurecht: ☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise

kann sich sprachlich verständigen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise

kann einfache sprachliche Aufforderungen verstehen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise

Ihr Kind ist: ☐ unruhig ☐ hyperaktiv ☐ (teilweise) aggressiv

☐ benötigt Einzelbetreuung ☐ .....

Gibt es Besonderheiten in Stimmung und Verhalten?

_____

_____

_____

Lieblingsbeschäftigung/en Ihres Kindes?

_____

_____

Schlafgewohnheiten Ihres Kindes?

☐ Kinderbett ☐ großes Bett

Besonderheiten: …….

Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes:

☐ Säuglingskost ☐ Kleinkindkost ☐ Normalkost ☐kein Schweinefleisch

Besonderheiten:……

Unverträglichkeiten:……..

☐ Sondennahrung, welche …….. Kcal/ ml pro Tag ……

☐ Diäten, welche …… KD/ MAD Verhältnis: ……..

**Fragen zu Bildung Ihres Kindes (Kindergarten/Schule/Ausbildung)**

Wo ist Ihr Kind zurzeit eingegliedert?

☐ nur zu Hause ☐ Spielgruppe ☐ Kindergarten ☐ Grundschule ☐ Hauptschule

☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ andere weiterführende Schule

☐ Berufsbildungswerk / berufsbildende Einrichtungen

Sonder-/Förderschule für,

☐ Körperbehinderte ☐ Lernbehinderte ☐ Geistig Behinderte ☐ ……..

Name der Bildungsstätte: …….. Gruppe/Klasse: ……..

Gruppenleiter/Klassenlehrer (Name): ……

Vollständige Adresse ……

PLZ/Ort: ……

Telefon : …… Fax: ……

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

**Fragen zu den (vor-)behandelnden Personen und Institutionen**

Wer ist der zuständige Kinder- oder Hausarzt?

Name: ……

Vollständige Adresse ……

PLZ/Ort: ……

Telefon : …… Fax: ……..

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

| von - bis (Jahr) | ambulant | stationär | Name des Arztes / Krankenhauses | Ort |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 oder QR- Code 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?

Sozialpädiatrischen Zentren

Name: ……..

PLZ/Ort: …….. Telefon: ……..

Schulpsychologischer Dienst

Name: ……..

PLZ/Ort: …….. Telefon: ……..

Erziehungsberatungsstellen

Name: ……..

PLZ/Ort: …….. Telefon: ……..

Psychologen

Name: ……..

PLZ/Ort: …….. Telefon: ……..

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

Name, Vorname des Kindes geb. am

bei vorbehandelnden Krankenhäusern/Kliniken etc., bzw. bei oben genannten 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