

Ärztlicher Leiter: Dr. Frank Kowalzik, Tel.: 06131 378 - 12151 Fax: -2810

Fragebogen der Spina bifida Ambulanz (Kinder)

Praxisstempel

1 Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
PLZ, Wohnort: _____ Tel./Fax: _____
Straße: _____ Staatsangehör.: _____

2 Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

(Verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt)

Krankenkasse /-versicherung: _____ Stadt: _____
Nr. der Krankenkassenkarte: _____ Kassen-Nr.: _____
Über wen ist das Kind
versichert? _____

3 War das Kind bereits bei uns in Behandlung? ja nein

4 War ein Angehöriger Ihrer Familie bereits im Kinderneurologischen
Zentrum in Betreuung?

Nein
Ja

Wenn Ja, wer (Name, Vorname): _____ Geb.datum: _____

5 Sind gegenwärtig ansteckende Keime bekannt, z. B. MRSA

ja nein

6 Angaben zu den Eltern

	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße		
Telefon (wichtig) /ggf. FAX mobil		

7 Nennen Sie bitte die Namen Ihrer Kinder (einschl. Patient, auch evtl. verstorbene Kinder)

Name	Geburtsdatum	Evtl. Bemerkungen

8 Zuweisender Arzt bzw. zuweisende Stelle:

Name:

PLZ Ort:

Straße:

Telefon:

9 Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind wegen der genannten Störungen bereits vorgestellt? (Bitte genaue Anschrift angeben)

Ärzte	Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon	Wann?
Kinderarzt		
Neurologe		
Neurochirurg		
Urologe		
Augenarzt		
Orthopäde		
Poliklinik		
Hals-, Nasen-, Ohrenarzt		
Weitere Ärzte		

10 Bekannte Diagnosen

11 Operationen/stationäre Behandlungen?

Nein Ja

Krankenhausanschrift	Datum: Anfang - Ende	Welche Operationen? Ggf. auf Beiblatt ausführen

12 Bisherige o. laufende Untersuchungen/Behandlungen? (Bitte ankreuzen)

- Physiotherapie Ergotherapie Frühförderung
 Logopädie Psychologie andere Behandlungen

Anschrift des Therapeuten	Datum: Anfang - Ende	Aus welchem Anlass?

13 Bisherige Untersuchungen: (Bitte ankreuzen)

Untersuchungen	Wann zuletzt?	Einrichtung Name und Ort
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Urologie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Orthopädie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Augenarzt	_____	_____
<input type="checkbox"/> HNO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRT)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sono Schädel	_____	_____
<input type="checkbox"/> EEG	_____	_____
<input type="checkbox"/> SEP / AEP	_____	_____
<input type="checkbox"/> Computertomographie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Röntgen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schlafapnoediagnostik	_____	_____
<input type="checkbox"/> Urodynamik	_____	_____
<input type="checkbox"/> Refluxprüfung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sono Nieren/ Harnwege	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsprüfung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Andere	_____	_____

14 Hat Ihr Kind Hilfsmittel ? (Bitte ankreuzen)

- Orthesen Spezialrad Rollator Hörgerät Brille
 Rollstuhl Stehstände Spezialbett Sonstiges

Bitte beschreiben:

15 Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Medikamentenname:	Dosierung:			
	morgens	mittags	abends	nachts

16 Hat Ihr Kind Unverträglichkeiten / Allergien gegen ein Medikament oder Substanzen (z. B. Latex):

- Nein
 Ja Wenn Ja welche? _____

17 Fragen zu Kindern mit Krampfanfällen

Wann trat der erste Anfall auf?

Datum: _____

Wann trat der letzte Anfall auf?

Datum: _____

17.1 Beschreiben Sie bitte die Anfälle (Art, Datum und Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit)

18 Fragen zur Familienvorgeschichte:

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? Bei wem?

18.1 Sind die Eltern des Patienten blutsverwandt (Konsanguinität)?

- Nein
 Ja Wie? _____

19 Krankheiten oder Störungen in der näheren oder weiteren Familie?

Bei wem? (Bitte ankreuzen)

Erkrankung:	Wer:
<input type="checkbox"/> Geistiger Entwicklungsrückstand	
<input type="checkbox"/> Sehstörungen / Taubheit	
<input type="checkbox"/> Spastische oder andere Lähmungen	
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle(Epilepsie)	
<input type="checkbox"/> Asthma, Allergie, Ekzem	
<input type="checkbox"/> Fehlbildungen	
<input type="checkbox"/> Geisteskrankheit	
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Blasen- und Darmentleerungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Gemütskrankungen	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

20 Fragen zur Schwangerschaft

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Anzahl: _____

Wurde die Schwangerschaft durch eine medizinische Maßnahme herbeigeführt?

- Nein
 Ja Welche? _____

20.1 Hatte die Mutter Fehlgeburten?

Wie viele? _____ im Jahr Totgeburt

20.2 Wann wurde bei Ihrem Kind Spina bifida festgestellt?

vor der Geburt nach der Geburt

20.3 Besonderheiten während der Schwangerschaft: (Bitte ankreuzen)

	Monat		Monat
<input type="checkbox"/> Blutung	_____	<input type="checkbox"/> Unfälle	_____
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	_____	<input type="checkbox"/> Kontakte zu Giften	_____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	_____	<input type="checkbox"/> Operationen	_____
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	_____	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen	_____
<input type="checkbox"/> Ödeme (geschw. Beine)	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin	_____	<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchungen	_____
<input type="checkbox"/> seelische Belastung	_____	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	_____
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	_____	<input type="checkbox"/> Zigaretten	_____
<input type="checkbox"/> Alkohol	_____	<input type="checkbox"/>	_____

21 Fragen zur Geburt

(Sehen Sie dazu bitte Seite 1 des Vorsorgeuntersuchungsheftes U1)

21.1 Wo wurde das Kind geboren

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus Anschrift / Telefonnummer der Entbindungsklinik:	<input type="checkbox"/> zu Hause
---	-----------------------------------

21.2

Erfolgte die Geburt:

- rechtzeitig
 zu früh in der _____ Schwangerschaftswoche
 zu spät in der _____ Schwangerschaftswoche

Wann war der errechnete Geburtstermin? Datum: _____

Dauer der Geburt: _____

Entbindungsbesonderheiten:

- Spontan geplanter Kaiserschnitt Saugglocke
 Geburtszange Notkaiserschnitt

21.3 Gab es Komplikationen? (z. B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage, Nachgeburt)

21.4 Bestand eine Zwillings-, Mehrlingsschwangerschaft?

- nein
 ja Wenn ja, war das Kind der erstgeborene Zwilling oder
 der zweitgeborene Zwilling

22 Fragen zum Neugeborenen

22.1 Geburtsgewicht: _____ Gramm Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm

22.2 War eine Beatmung notwendig? Ja Nein

22.3 Hat das Kind sofort geschrien? Ja Nein

22.4 Wie waren die APGAR-Werte nach der Geburt?

1 Min. nach Geburt _____ 5 Min. nach Geburt _____ 10 Min. nach Geburt _____

23 Wo erfolgte die operative Erstversorgung?

In welche Klinik?

Name: _____

Ort: _____

24 Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen zusätzlich zu der angeborenen Fehlbildung eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Blutgruppentauschtransfusion | <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> Atemstörungen | <input type="checkbox"/> Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Trinkschwäche | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

25 Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung)

Besonderheiten: (z.B. Saugen, Schlucken, Kauen, Speichelfluss, Ablehnung grober Kost, Neigung zum Verschlucken und Erbrechen):

26 Harnwege

26.1 Entleerungstechnik:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spontan | <input type="checkbox"/> Bauchpresse | <input type="checkbox"/> Katheterismus | <input type="checkbox"/> Nachtkatheter |
| <input type="checkbox"/> Pouch | <input type="checkbox"/> Conduit | <input type="checkbox"/> Augmentation | |

Trockenphase: _____ Stunden Trinkmenge: _____ ml

Infekte:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, wie oft	<input type="checkbox"/> fieberhaft
Reflux (VUR):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grad	

26.2 Blasenspezifische Medikamente:

		Medikament	Dosis
<input type="checkbox"/> Anticholinerge Medikamente	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> intravesikal		
<input type="checkbox"/> Antibiotische Dauerprophylaxe			
<input type="checkbox"/> Ansäuernde Medikamente			
<input type="checkbox"/> Blasenspülung			
<input type="checkbox"/> Sonstige			

26.3 Letzte Diagnostik:

Blasendruckmessung wann: _____ wo: _____

Sonstige Untersuchungen:

27 Darm

27.1 Medikamente: z. B. Lactulose, Movicol[®], Loperamid, Abführmittel

27.2 Entleerungstechnik:

<input type="checkbox"/> Regelrechte Entleerung		<input type="checkbox"/> keine regelgerechte Entleerung	
<input type="checkbox"/> Bauchpresse	<input type="checkbox"/> Colonmassage	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/> Ausräumen des Enddarmes			
<input type="checkbox"/> Ausspülen des Enddarmes:	<input type="checkbox"/> mechanisch		<input type="checkbox"/> elektrisch
	<input type="checkbox"/> Mit medikamentöser Unterstützung:		
	<input type="checkbox"/> Gleitmittel (Glycerin)		
	<input type="checkbox"/> Mikroklyst		
<input type="checkbox"/> Klyisma			<input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente (oral)

27.3 Kontinenz:

sicher für _____ Stunden unsicher für _____ Stunden keine

28 Bisherige kindliche Entwicklung

	Monat		Monat
Lächeln	_____	Hochziehen zum Stehen	_____
Greifen	_____	Freies Gehen	_____
Drehen	_____	Erste Worte	_____
Robben	_____	Erste kurze Sätze	_____
Krabbeln	_____	Selbständig Essen	_____
Freies Sitzen	_____	Selbständig Anziehen	_____

Besonderheiten:

29 Frühere Erkrankungen, Kinderkrankheiten (bitte ankreuzen)

	Jahr		Jahr
<input type="checkbox"/> Masern	_____	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	_____
<input type="checkbox"/> Scharlach	_____	<input type="checkbox"/> Röteln	_____
<input type="checkbox"/> Mumps	_____	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	_____
<input type="checkbox"/> Windpocken	_____	<input type="checkbox"/> Lungenentzündungen	_____
<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	_____	<input type="checkbox"/> Unfälle	_____
<input type="checkbox"/> Pseudocroup	_____	<input type="checkbox"/> Dreitagefieber	_____
<input type="checkbox"/> Schädelverletzungen	_____	<input type="checkbox"/> sonstiges	_____

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

29.1 Impfungen (geben Sie bitte auch die Impfdaten an)

	Impftermine		Impftermine
<input type="checkbox"/> Masern	_____	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	_____
<input type="checkbox"/> Mumps	_____	<input type="checkbox"/> Wundstarrkrampf	_____
<input type="checkbox"/> Röteln	_____	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	_____
<input type="checkbox"/> Diphtherie	_____	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	_____
<input type="checkbox"/> HIB	_____	<input type="checkbox"/> FSME	_____
<input type="checkbox"/> Varizellen	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____
<input type="checkbox"/> Pneumokokken	_____	<input type="checkbox"/> Meningokokken	_____
<input type="checkbox"/> Grippe	_____	<input type="checkbox"/> HPV	_____

Gab es Komplikationen, welche?

30 Wer betreute das Kind überwiegend im

1. Lebensjahr: _____ 2. / 3. Lebensjahr _____ anschließend: _____

Lebte das Kind zeitweise in einem Heim? nein ja Wann /Wo _____

Ist Ihr Kind ein Adoptivkind /Pflegekind? nein ja _____

Lebte oder lebt das Kind in einer Pflegefamilie? nein ja Wann /Wo _____

31 Haben Sie gesetzliche Hilfen in Anspruch nehmen können ?

Jugendamt Versorgungsamt Finanzamt Sozialamt

32 Ist der sog. "Grad der Behinderung" (GdB) festgestellt worden?

Wenn ja: _____ GdB? und welche Bezeichnungen? B, H, G, aG, RF

33 Einstufung bei der Pflegeversicherung? _____

34 Fragen zur Umgebung und Familie des Kindes

	Mutter	Vater
Erlerner Beruf	_____	_____
Ausgeübter Beruf	_____	_____
Konfession	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Asylbewerber? / Status	_____	_____

35 Sind die Eltern:

verheiratet unverheiratet geschieden getrennt lebend

Sorgeberechtigt ist / sind Vater Mutter Pfleger

36 Sind Sie mit den Wohnverhältnissen zufrieden?

ja nein Wenn nein, warum?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter Vater Anderen
Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung im Kinderneurologischen Zentrum Mainz einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift eines Sorgeberechtigten