

Ärztlicher Leiter: Dr. Helge Gallwitz, Telefon: 06131/ 378 - 21 51 Fax: -28 10

## 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



**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<sup>®</sup>, 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"/> Klysma <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