

Sozialpädiatrischen Sehambulanz (SoPSA) im Kinderneurologischen Zentrum der Rheinhessen-Fachklinik Mainz Für Kinder unter 3 Jahren

Informationen

Liebe Eltern, liebe Betreuer,

Sie wollen Ihr Kind in unserer Sozialpädiatrischen Sehambulanz (SoPSA) anmelden. Ist ihr Kind jünger als drei Jahre, ist die Diagnostik besonders dringlich. Je jünger die Kinder sind, desto besser lässt sich eine visuelle Wahrnehmungsstörung therapieren, um die weitere frühkindliche Entwicklung nicht zu beeinträchtigen. Deswegen erhalten kleine Kinder besonders schnell einen Vorstellungstermin und werden umfassend orthoptisch und neurologisch untersucht und diagnostiziert, um möglichst rasch therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Die Diagnostik findet an einem Tag statt und kann bis zu 2 Stunden dauern.

Die Untersuchung sollte im korrigierten **sechsten Lebensmonat** stattfinden, da es sich gezeigt hat, dass im Falle einer visuellen Wahrnehmungsverarbeitungsstörung eine Therapie, welche vor dem neunten Lebensmonat beginnt, erheblich effektiver ist, als eine Therapie, die erst im dritten Lebensjahr beginnt.

Die Überprüfung des funktionellen Sehens bzw. die Diagnostik einer visuellen Wahrnehmungsverarbeitungsstörung (CVI) findet in einer gemeinsamen Untersuchung mit einer Orthoptistin, einem Ergotherapeuten und einer Ärztin/einem Arzt statt. Die Untersuchungen sind vollständig schmerzfrei und spielerisch.

Sollte sich der Verdacht auf eine visuelle Wahrnehmungsverarbeitungsstörung bei diesen Untersuchungen erhärten, werden wir diese Diagnose und die notwendige Therapie dazu mit Ihnen ausführlich besprechen. Hier geht es nicht darum, eine neue Diagnose an Ihr Kind anzuhängen, sondern darum, einen Ansatz zu finden Ihrem Kind bei den bestehenden Problemen möglichst kausal, grundlegend und effizient helfen zu können.

Checkliste für einen Termin in der SoPSA

Bitte überprüfen Sie, dass Sie **vor dem Termin** in der SoPSA alle Punkte der Checkliste erledigt haben bzw. mit zum Termin bringen:

- Anschreiben an den Augenarzt weiterleiten
- Aktueller Augenarztbericht (mit Tropfuntersuchung)
- Aktuelle Therapieberichte (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Frühförderung ...)
- Aktueller Arztbericht (z. B. SPZ Befunde)
- Psychologische Berichte (z. B. IQ)
- Brille
- Brillenpass
- MRT-Bilder (nur falls vorhanden)

Hinweis:

Bitte senden Sie die Dokumente als PDF an uns.

Wenn Sie weiter als 200 km von Mainz entfernt wohnen, empfehlen wir Ihnen sich an ein nahegelegenes SPZ, Sehschule zu wenden. Dort können Sie notwendige Voruntersuchungen für eine schnellere Diagnostik erhalten.

- Wurde ein 2-Digit-Score durchgeführt und liegt dieser vor? (Bitte anhängen!)
- Benötigen Sie eine Übernachtung in Mainz um die Diagnostik in der SoPSA durchführen zu können?

Bei Fragen melden Sie sich gerne bei uns:

Telefon: 06131 378-2123

k.anmeldung@rfk.landeskrankenhaus.de

Für Kritik, Anregungen oder Vorschläge, aber auch für Lob und Anerkennung sind wir sehr dankbar.

Ihr Team der SoPSA

Fragebogen zur Vorstellung in der Sozialpädiatrischen Sehabambulanz (SoPSA)

**Rheinhesen-Fachklinik Mainz
Zentrum für Sozialpädiatrie
und Kinderneurologie (KiNZ)**
Hartmühlenweg 2-4, 55122 Mainz
Chefarzt Dr. med. Frank Kowalzik
Telefon: 06131 378-2151
Fax: 06131 378-2810

Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
PLZ, Wohnort: _____
Straße, Hausnummer: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Kontakt E-Mail: _____
Telefonnummer (Familienangehörigen): _____
Vor- und Nachname der Eltern: _____

**Falls Sie sich bereits in einem sozialpädiatrischen Zentrum in Behandlung befinden: Welches SPZ?
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt? Wurde ein 2-Digit-Score durchgeführt und liegt dieser vor?**
(Bitte anhängen!)

Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie in der SoPSA Hilfe? (Bitte ankreuzen!)

- Diagnostik bei vermuteter visueller Wahrnehmungsverarbeitungsstörung (CVI)
- Therapie bei nachgewiesener visueller Wahrnehmungsverarbeitungsstörung (CVI)
- Entwicklungsförderung bei Sehbehinderungen

Sonstiges:

Bekannte Diagnosen?

Genetische Diagnostik?

Medikationen?

Liegt eine der folgenden Risikofaktoren für eine CVI vor? (Bitte ankreuzen!)

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Frühgeburt | Entwicklungsrückstand | Epilepsie |
| Cerebralparese | Schädelhirntrauma | Hirntumor |
| Spina bifida | Hydrozephalus | Zustand nach Herzoperation |
| Lese-Rechtschreib-Störung | Rechenstörung | allg. Schulleistungsstörung |
| Autismus | ADHS | Geistige Behinderung |
| Fetales Alkoholsyndrom | Genetische Defekte | Stoffwechselstörung |

Behandelnde Augenärztin/Behandelnder Augenarzt

Name:

Telefon:

PLZ, Wohnort:

Straße, Hausnummer:

Zuletzt besucht am:

Brillenmaße:

Bitte alle verfügbaren augenärztlichen Befunde am Untersuchungstag mitbringen oder vorab als Kopie zusenden!

Brille? Wenn ja, bitte Brille und Brillenpass zur Untersuchung mitbringen!

Bisherige oder laufende Behandlungen?

Therapie	Datum: Anfang – Ende	Aus welchem Anlass?
Ergotherapie		
Logopädie		
Physiotherapie		
Frühförderung		
Sehfrühförderung		
Sonstiges:		

Bisherige medizintechnische Untersuchungen:

Untersuchungen	Wo und wann?	Ergebnis?
Hörprüfung		
Kernspin- tomographie (MRT)		

Bitte bringen Sie, wenn möglich eine CD der MRT-Bilder mit.

EEG		
Psychologische Untersuchung		

Welche Einrichtungen besucht Ihr Kind?

Name der Schule/des Kindergartens:

Klasse:

Lehrer:in; Erzieher:in, Telefonnummer:

Zusätzliche wichtige Informationen für uns?

Themen über die Sie vor Ihrem Kind nicht sprechen möchten?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter Vater Andere:

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung in der Sozialpädiatrischen Sehambulanz (SoPSA) einverstanden.

✕ _____

Ort, Datum und Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Preverbal Visual Assessment Questionnaire

Zutreffendes bitte ankreuzen!

	1. Reagiert Ihr Kind auf Lichter und fixiert die Augen auf diese?
	2. Schaut Ihr Kind (mindestens für ein paar Sekunden) gezielt auf Gegenstände oder Personen?
	3. Reagiert Ihr Kind auf Geräusche/auditive Reize und sucht die Quelle mit den Augen?
	4. Ist Ihr Kind in der Lage, die Augen schnell zwischen zwei Personen oder zwei Objekten hin und her zu bewegen?
	5. Folgt Ihr Kind der Bewegung eines Objekts, das sich in seiner Nähe langsam horizontal und vertikal bewegt?
	6. Beobachtet Ihr Kind die eigenen Hände?
	7. Versucht Ihr Kind nach Gegenständen oder Spielzeugen zu greifen?
	8. Nimmt Ihr Kind Gegenstände in die Hand und zeigt Interesse daran?
	9. Wendet es sich einer Schallquelle zu, die sich hinter ihm befindet?
	10. Schaut Ihr Kind in einen Spiegel?
	11. Schaut es sich Bilder in Büchern an?
	12. Lächelt Ihr Kind, wenn die Eltern sich ohne Geräusche nähern?
	13. Lächelt Ihr Kind, wenn sich ihm lächelnde Personen nähern?
	14. Imitiert/kopiert Ihr Kind Gesten oder Begrüßungen?
	15. Starrt Ihr Kind Fremde an oder reagiert es verlegen?
	16. Schaut Ihr Kind auf den Boden, wenn ein Gegenstand in seiner Nähe fallen gelassen wird?
	17. Spielt Ihr Kind mit Gegenständen, indem es sie aus einer Kiste nimmt und wieder rein legt?
	18. Zeigt es auf Personen, Objekte oder Bilder, die es interessieren?
	19. Weiß Ihr Kind wo seine Spielzeuge, Essen oder Kleidung zuhause aufbewahrt werden?
	20. Kritzelt Ihr Kind mit einem Stift auf Papier?
	21. Imitiert es manchmal Malbewegungen?
	22. Weiß Ihr Kind, wo sich seine Körperteile befinden? (Hände/Ohren/Augen/etc.)
	23. Werden vertraute Gegenstände/Personen erkannt?
	24. Erkennt Ihr Kind gewohnte Abläufe oder Situationen? (z. B. Essensrituale, Anziehen für den Kinderwagen oder Ausflüge)
	25. Schaut es eine bekannte Person an, wenn sie namentlich genannt wird?
	26. Erkennt Ihr Kind Schalter oder On/Off Funktionen? (Lichtschalter, Spielzeuge, etc.)
	27. Erkennt es sich selbst auf einem Foto?
	28. Kann Ihr Kind mehrere Zeichnungen identifizieren? (Tiere, Pflanzen, Personen, Gebäude)
	29. Kann es Ähnlichkeiten zwischen Gegenständen erkennen?
	30. Ist ihr Kind an einfachen Puzzles interessiert?

Rheinhessen-Fachklinik Mainz · Hartmühlenweg 2–4 · 55122 Mainz

**Zentrum für Sozialpädiatrie und
Kinderneurologie (KiNZ)**

Chefarzt Dr. med. Frank Kowalzik

Telefon: 06131 378-2151

Fax: 06131 378-2810

www.rheinhessen-fachklinik-mainz.de

Sozialpädiatrische Ambulanz

Telefon: 06131 378-3180

Fax: 06131 378-2800

Stationärer Bereich

Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Dautenheimer Landstraße 66

55232 Alzey

Telefon: 06731 50-1660

Fax: 06731 50-3660

Spina bifida-Ambulanz

Telefon: 06131 378-2123

Fax.: 06131 378-2812

Ansprechpartner: Dr. Weis

Telefon: 06131 378-2117

Datum:

Unser Zeichen:

Zur Weiterleitung an den behandelnden Augenarzt

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

unser/e gemeinsame/r oben genannte/r Patient:in befindet sich in unserer Abteilung der Sozialpädiatrischen Sehambulanz (SoPSA) der Rheinhessen Fachklinik zur Abklärung einer möglichen visuellen Verarbeitungsstörung (CVI).

Aus diesem Anlass brauchen wir von Ihnen den aktuellsten augenärztlichen Befund **insbesondere den objektiven Refraktionsbefund und Fundusbefund in Mydriasis bzw. Cyclogyl** und die unter Umständen verschriebenen Brillenwerte.

Wir bedanken uns sehr für Ihre Mühe und die kollegiale Zusammenarbeit und stehen Ihnen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. R. Weis, Arzt