

Epilepsieambulanz Anmeldebogen



Wir können Ihnen erst einen Termin anbieten, wenn wir diesen Anmeldebogen erhalten haben!

Schritt 1 Füllen Sie diesen Anmeldebogen möglichst vollständig aus (Ihre Kinderärztin / Ihr Kinderarzt ist Ihnen sicher dabei behilflich). Anschließend bitte ausdrucken und an den gekennzeichneten Stellen **unterschreiben**.

Schritt 2 Ergänzen Sie den Anmeldebogen mit allen bisherigen Berichten und (falls vorhanden) MRT Bildern (CD oder QR Code)

Schritt 3 Bitte schicken Sie den Anmeldebogen zusammen mit den Vorbefunden

✓ als Scan (PDF) per E-Mail anpatient-kinderneurologie@ukbonn.de

✓ per Post an UKB
Neuropädiatrie & SPZ
Venusberg Campus 1, Geb. B31
53127 Bonn

✓ per Fax an 0228 287 90 33344

Schritt 4 *Ab jetzt sind wir am Zug. Nachdem wir Ihren Anmeldebogen und die Vorbefunde erhalten haben, macht unser ärztliches Team eine erste Einschätzung und plant notwendige Untersuchungs-Termine. **Wir rufen Sie an**, sobald wir Ihnen den ersten Termin mitteilen können. Deshalb geben Sie bitte auf jeden Fall Ihre Telefonnummer an!*



Wir können Ihnen erst einen Termin anbieten, wenn wir diesen Anmeldebogen und die Vorbefunde erhalten haben!

Für den Termin in unserer Epilepsie-Ambulanz benötigen Sie

- ✓ **Überweisung in die Neuropädiatrie** von Ihrem/Ihrer Ärztin/Arzt bzw. Kinder- und Jugendarzt/-ärztin (gesetzlich Versicherte)
- ✓ **Versicherungskarte** (gesetzlich Versicherte)
- ✓ alle Vorbefunde, MRT-CDs, Arztbriefe usw.

Epilepsieambulanz Anmeldebogen

Patient/Patientin

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb. Datum _____ weiblich männlich divers

Anschrift (Str., Hausnr., PLZ, Ort)

E-Mail: _____ Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Kinderarzt / Kinderärztin: _____

Aktuelles Gewicht des Kindes: _____ kg Versicherung: gesetzlich privat

Das Wichtigste

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und **warum möchten Sie zu uns kommen?**

Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erstmals aufgetretener epileptischer Anfall | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung bei bekannter Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> neu entdeckte Epilepsie/Anbindung Neuropädiatrie | <input type="checkbox"/> Wir möchten den Arzt wechseln |
| <input type="checkbox"/> Umzug, neues Behandlungszentrum nötig | <input type="checkbox"/> Anderes, siehe oben |

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Vorgeschichte

Hatte Ihr Kind Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle als Neugeborenes?

Ja, im Alter von: _____ Nein weiß ich nicht

Hat Ihr Kind eine andere dauerhafte Krankheit, Behinderung oder Entwicklungsverzögerung?

Nein Ja, folgende: _____

Medikamente

Tragen Sie hier alle Medikamente ein, die Ihr Kind zurzeit gegen die epileptischen Anfälle einnimmt:

Name des Medikamentes	Dosierung			
	Morgens	Mittags	Abends	Nacht

Nimmt Ihr Kind andere Medikamente ein?

Nein Ja, folgende: _____

Bitte tragen Sie hier alle Medikamente ein, die Ihr Kind in der Vergangenheit gegen die Anfälle eingenommen hat und warum sie abgesetzt wurden (z.B. wegen Nebenwirkungen, ausbleibendem Effekt auf die Anfälle, o.a.)

Bisherige Betreuung und Diagnostik

Bisherige stationäre Aufenthalte

Sind Sie bereits in einem anderen SPZ/Neuropädiatrie angebunden?

Nein Ja, hier: _____

Wurde diesbezüglich eine bildgebende Diagnostik durchgeführt (Computertomographie (CT), Kernspintomographie (MRT) oder EEG (Messung der Hirnströme))?

Nein Ja, folgende:

MRT zuletzt am _____ CT zuletzt am _____ EEG zuletzt am _____

Ist eine Ursache für die Anfälle/die Epilepsie bekannt (z.B. angeboren, Unfallfolge, Gehirnentzündung, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor, Genetische Veränderung)?

Nein Ja, folgende: _____

Hiermit bestätige ich, dass die Anmeldung des o.g. Kindes mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt. Im Falle eines geteilten Sorgerechts, ist die Unterschrift beider Elternteile erforderlich.

Datum

Unterschrift/en