

# Anmeldebogen

## Spinale Muskelatrophie

 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

**Schritt 3** Bitte schicken Sie den Anmeldebogen zusammen mit den Vorbefunden

- ✓ als Scan (PDF) per E-Mail an [sma-kinderneurologie@ukbonn.de](mailto:sma-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 unserem SPZ benötigen Sie

- ✓ **Überweisung in das SPZ** von Ihrem/Ihrer Kinder- und Jugendarzt/-ärztin (gesetzlich Versicherte)
- ✓ **Versicherungskarte** (gesetzlich Versicherte)
- ✓ das gelbe **U-Heft**
- ✓ alle Vorbefunde, MRT-CDs, Arztbriefe usw.
- ✓  **Privat Versichert?** Für unsere interdisziplinären Leistungen stellen wir Ihnen **eine Quartalspauschale von 446,65 € in Rechnung**. Klären Sie bitte vorab die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung; sofern Sie beihilfeberechtigt sind, auch mit Ihrer Beihilfestelle. Sie sollten Ihre Beihilfe darauf hinweisen, dass die PKV nach Zustimmung, sowie die GKV, unsere Leistungen mit einer Quartalspauschale von 446,65 € vergütet und wir keine Rechnung auf Grundlage der GOÄ stellen. **Sollte die Kostenübernahme durch die PKV/Beihilfe nicht erfolgen, verpflichten Sie sich zu der Zahlung der Rechnung.**

# Anmeldebogen bei SMA-Erkrankung

## Patient/Patientin

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  divers

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

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

! Kinderarzt / Kinderärztin \_\_\_\_\_

! Aktuelles Gewicht des Kindes: \_\_\_\_\_ kg

Versicherungsstatus:  gesetzlich bei \_\_\_\_\_

privat bei \_\_\_\_\_

## Vorgeschichte?

Vorbefunde habe ich beigefügt (Arztbriefe, Orthopädische Berichte, Schlaflabor)

Wann wurde die Erkrankung festgestellt? \_\_\_\_\_

Was waren die ersten Symptome? \_\_\_\_\_

In welchem Lebensalter sind diese Symptome aufgetreten? \_\_\_\_\_

## Genetik

Ein genetischer Befund liegt vor und ist dieser Anmeldung beigefügt

Wann wurde die genetische Diagnostik gemacht? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Wie viele SMA 2-Kopien liegen vor?  2 Kopien  3 Kopien  4 Kopien

## Bisherige Therapie

Zolgensma, wann und wo erfolgt: \_\_\_\_\_

Risdiplam, seit wann: \_\_\_\_\_ Verordnende Klinik: \_\_\_\_\_

Spinraza, seit wann: \_\_\_\_\_ Wo wurden die Gaben bisher durchgeführt?  
(Klinik) \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

## Motorik

Bitte beschreiben Sie die motorische Entwicklung Ihres Kindes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie bewegt sich Ihr Kind fort?

\_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind sitzen?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind frei stehen?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Kann ihr Kind frei gehen?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

### Atmung

atmet selbstständig

Unterstützung notwendig:  Cough Assist  Absaugen notwendig

Zuletzt im Schlaflabor/ Polygraphie: \_\_\_\_\_

### Ernährung

Kauprobleme  Schluckprobleme  Magensonde, seit \_\_\_\_\_

### Orthopädie

Welche orthopädischen Probleme hat Ihr Kind?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontrakturen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diese Hilfsmittel sind im Einsatz:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Förderung

Physiotherapie, seit \_\_\_\_\_  Logopädie, seit \_\_\_\_\_

Ergotherapie, seit \_\_\_\_\_  Frühförderung, seit \_\_\_\_\_

sonstige Förderung: \_\_\_\_\_

### Andere Vorerkrankungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SMA Erkrankungen in der Familie bekannt?  nein  ja

Wenn ja, wer ist/war an SMA erkrankt?

---

### Andere Dauermedikation

---

---

---

### Bisherige Betreuung und Diagnostik

Bisherige stationäre Aufenthalte

---

---

---

Sind Sie bereits in einem anderen SPZ/Neuropädiatrie angebunden?

Nein  Ja, hier: \_\_\_\_\_

---

### VIELEN DANK!

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

**Datenschutz:** Mit Abgabe dieser Anmeldebogens erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Weiterverarbeitung einverstanden. Die HYPERLINK "<https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>" Datenschutzerklärung habe ich gelesen und akzeptiere ihre Bestimmungen. Die Einwilligung dieser Kontaktaufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich an die E-Mail: [gfkinderheilkunde@ukbonn.de](mailto:gfkinderheilkunde@ukbonn.de) richten. <https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>