



DZKJR Garmisch-Partenkirchen, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen

Prof. Dr. med. J.-P. Haas
Ärztlicher Direktor

Dr. med. K. Klausner
Ärztliche Leiterin SPZ

Telefon: 08821/701-1450
Fax: 08821/701-9450

E-Mail: info-spz@rheuma-kinderklinik.de
www.spz-gap.de

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind zur Abklärung und Behandlung einer möglichen rheumatischen Erkrankung in unserem Haus vorstellen. Möglicherweise bestehen die Beschwerden bei Ihrem Kind schon lange und die Krankengeschichte ist mit zahlreichen Vorbefunden entsprechend komplex. Zum Kennenlernen Ihres Kindes möchten wir uns daher ausreichend Zeit nehmen und bei Bedarf weitere Diagnostik durchführen und Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen oder Sozialarbeiter*innen hinzuziehen. Eine solche umfassende Erstbeurteilung lässt sich leider nicht im Rahmen einer umschriebenen kurzen Ambulanzvorstellung durchführen, sodass wir uns eine stationäre Aufnahme wünschen. Sollte dies organisatorisch nicht möglich sein, können wir im Einzelfall und nach entsprechender Prüfung die Erstabklärung in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum anbieten.

Um Termine und Personalien auf die Fragestellung und Situation Ihres Kindes abstimmen zu können, benötigen wir vorab einige Informationen. Im Folgenden möchten wir Ihnen die Anmeldungsschritte erklären. Bitte beachten Sie, dass eine Terminvereinbarung erst dann erfolgen kann, wenn alle Unterlagen vorliegen:

Schritt 1: Bitte füllen Sie den nachfolgenden Anmeldebogen aus und unterschreiben Sie diesen, sowie die Personensorgerechtserklärung und die Datenschutzerklärung. Alle Sorgeberechtigten müssen diese unterschreiben.

Schritt 2: Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen in Ihrer Kinderarztpraxis vor, damit diese ihre Zustimmung zur Behandlung im SPZ geben und einen Überweisungsschein ausstellen kann.

Schritt 3: Bei ambulanten oder stationären Voruntersuchungen bitten wir Sie Kopien aller Ihnen vorliegenden Berichte beizulegen. Dazu zählen auch beispielsweise Befunde von MRT, Röntgen, Therapieberichte von Ergotherapie und Physiotherapie, Schul- oder Kindergartenberichte.

Schritt 4: Bitte schicken Sie den von der Kinderarztpraxis abgestempelten Fragebogen, sowie den Überweisungsschein samt Vorbefunden an uns:

SPZ, Gehfeldstr. 24, 82467 Garmisch-Partenkirchen oder per Fax an 08821/701-9450 oder über unsere Cloud: <https://cloud.dzkjr.de/s/crjaSiRqE542Zrb> (Dokumente bitte im Ordner „Anmeldung SPZ“ ablegen; Ordnerinhalt kann nicht eingesehen werden)

Falls Sie uns die Unterlagen per Fax oder über unsere Cloud übermitteln, bringen Sie bitte zum Termin den Überweisungsschein im Original mit.

Nach Eingang der Unterlagen werden diese geprüft und der erste Untersuchungstermin geplant. Hierfür werden wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen

Mit freundlichen Grüßen

Prof. J.-P. Haas
Geschäftsführender
Ärztlicher Direktor

Dr. K. Klausner
Ärztliche Leiterin SPZ

Checkliste zum Mitbringen

- Versichertenkarte
- SPZ-Überweisungsschein Ihres Kinder- und Jugendarztes, Neurologen oder Kinder- und Jugendpsychiaters im Original (falls vorab per Fax oder über die Cloud übermittelt) bei ambulanter Vorstellung im SPZ
- gelbes Heft
- Impfpass



ELTERNFRAGEBOGEN – NEUVORSTELLUNG BEI V.A. RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNG

Im folgenden Fragebogen haben wir Angaben zum Vorstellungsgrund, Entwicklung, zum Verhalten und zur allgemeinen Lebenssituation Ihres Kindes zusammengestellt, die für die Vorstellung in unserem Haus wichtig sind. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie möglichst vollständig und ausführlich, sodass wir uns auf das Gespräch gut vorbereiten können. Bitte besprechen Sie die Anmeldung mit dem betreuenden Kinderarzt und senden uns den Bogen mit Signatur bzw. Praxisstempel zu.

Bitte Arztbericht an Überweiser Hausarzt Patientenadresse _____
Bogen ausgefüllt durch Mutter Vater dritte Person: _____

Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Patient/in Geschlecht: weiblich männlich

Familienname: _____ PLZ/Wohnort: _____

Vorname: _____ Straße: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon/Handy: _____

Mutter

Familienname: _____ Ausbildung: _____

Vorname: _____ Ausgeübter Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: (falls abweichend von der des Patienten)

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Vater

Familienname: _____ Ausbildung: _____

Vorname: _____ Ausgeübter Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: (falls abweichend von der des Patienten)

PLZ/Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Familiensituation

gemeinsames Sorgerecht der Eltern bzw. alleiniges Sorgerecht bei Mutter Vater

Eltern zusammen lebend getrennt oder geschieden

Kind wohnhaft bei Eltern Mutter Vater Adoptiveltern Pflegeeltern Andere

miterziehende/r Lebenspartner/In: _____

Krankenversicherung bzw. Kostenträger

Name und Anschrift:

Hauptversicherter:

Geburtsdatum: _____

Haben Sie ihr Kind in der Vergangenheit bereits in unserem SPZ vorgestellt? ja nein



Fragestellung des überweisenden Kinderarztes:

Stempel / Unterschrift überweisender Kinderarzt

Grund der Vorstellung (möglichst genaue Beschreibung der Beschwerden und Diagnosen)

Anstoß zur Vorstellung durch: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Problematik im Verlauf gleich bleibend zunehmend wechselnd

Welche Erwartungen haben Sie an die Vorstellung?

Weitere mit Ihrem Kind befasste Fachleute/Einrichtungen:

Frühere Untersuchungen oder Behandlungen in anderen Einrichtungen

Wurde Ihr Kind wegen dieser oder anderer Probleme schon in anderen Einrichtungen untersucht und/oder behandelt? Wenn ja, geben Sie bitte die Einrichtung, den Untersuchungszeitraum und den Anlass der Untersuchung an.

Name und Adresse der Klinik, des Arztes, des Therapeuten

Zeitraum der Behandlung

Bitte legen Sie entsprechende Arztbriefe, Therapeutenberichte etc. bei und fordern Sie fehlende Dokumente an!



Diagnostik

Es wurde bereits entsprechende Diagnostik durchgeführt:

Röntgen: Was? Wo?: _____

MRT: Was? Wo? _____

Sonographie _____

Labordiagnostik

Wurde Ihr Kind kürzlich bei Augenarzt Nein Ja

Diagnose: _____
oder Haut-Arzt vorgestellt: Nein Ja

Diagnose: _____

(bitte stellen Sie uns die Befunde zur Verfügung)

Förderung oder Therapie

Erhielt Ihr Kind bereits spezifische Förderung oder Therapie?

Physiotherapie Ergotherapie Frühförderung Logopädie Heilpädagogik

Name und Adresse des Therapeuten

Zeitraum der Behandlung

Krankheiten / Beeinträchtigungen des Kindes

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja:

Welche?:

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? Nein Ja

Bestehen Beeinträchtigungen? Nein Ja

Erhält Ihr Kind Pflegegeld? Nein Ja

Sind Hilfsmittel vorhanden? Nein Ja

Wird Ihre Familie vom Jugendamt betreut? Nein Ja

Erläuterung: _____

Frühere Kontakte zu einem SPZ oder einer Frühförderstelle

Wurde Ihr Kind bereits in einem SPZ oder einer Frühförderstelle vorgestellt? nein,

wenn ja: SPZ Garmisch Partenkirchen Andere: _____

Bei Wiedervorstellung: zuvor betreuender Arzt/Psychologe: _____

Geschwister im Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie /SPZ

Wurde(n) ein oder mehrere Geschwisterkind(er) schon einmal in unserem Haus untersucht?

Nein Ja

Wenn ja: Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____

Name: _____ geb. am: _____



Hobbies und Interessen:

Sport:

Freizeitaktivitäten und Freundeskreis:

Konflikte mit Gleichaltrigen, Probleme innerhalb der Familie:

Lebensereignisse

Belastende Veränderungen für das Kind, z.B. Trennungen, Umzüge, Verluste von Angehörigen

Verlauf der Entwicklung

Auffällige motorische Entwicklung Nein Ja
Auffällige sprachliche Entwicklung Nein Ja
Auffälligkeiten beim Füttern, Saugen o. Schlucken Nein Ja

Erläuterung: _____

Alter beim Erreichen von Meilensteinen der Entwicklung:

Drehen von Rücken in Bauchlage:

Krabbeln:

Freies Laufen:

Fahrradfahren:

Erste sinnvolle Worte:

Zweiwortsätze:

Mehrwortsätze:

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____ Welche Klasse? _____

Grundschule Mittelschule Realschule Gymnasium Förderschule Andere

In welchen Fächern ist er/sie besonders gut? _____

In welchen Fächern tut er/sie sich schwer? _____

Fehlte Ihr Kind häufiger in der Schule? Nein Ja: _____ Tage

Gibt es Probleme mit Mitschülern oder Lehrern? Nein Ja: _____

Erläuterung: _____

Bei Fragestellungen die Aufmerksamkeit, Verhalten oder Leistungen in Schule oder Kindergarten betreffen benötigen wir Einschätzungen von Lehrern oder Erziehern!



Kindergarten

Welchen Kindergarten besucht(e) ihr Kind? _____ Seit wann? _____

Schwangerschaft /Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) wurde Ihr Kind geboren? _____

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Gab es bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Gab es Probleme schwanger zu werden? Nein Ja

Krankheiten / Behinderungen in der Familie

Gibt es Erkrankungen bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern? Nein Ja

Psoriasis Psoriasis Arthritis Rheumatoide Arthritis Chronisch entzündliche

Darmerkrankungen

Erläuterung: _____

Geschwister/Halbgeschwister des/der Patient/in

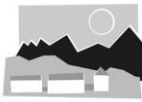
Vorname	Geschlecht	Alter	Erkrankungen / Auffälligkeiten
---------	------------	-------	--------------------------------

_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
-------	---	-------	-------

_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
-------	---	-------	-------

_____	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	_____	_____
-------	---	-------	-------

Raum für ergänzende Angaben



Fragebogen Gesundheitszustand/Lebensqualität

(C-HAQ: Childhood Health Assessment Questionnaire/Deutsch)

Patientenadressette

Liebe Patienten, liebe Eltern,

der folgende Fragebogen ist gedacht zur Erfassung des **Einflusses der rheumatischen Erkrankung** auf das tägliche Leben. Damit versuchen wir, den **Verlauf der Erkrankung und die Wirkung unserer Behandlung** zu dokumentieren.

Bitte füllt/füllen Sie den Bogen baldmöglichst aus und geben ihn **beim Aufnahmegespräch dem Arzt** oder später bei den Schwestern auf Station ab.

Bitte erst hier ausfüllen!

0 Wie beurteilst Du im Großen und Ganzen Deinen **derzeitigen Gesundheitszustand?**/
 Wie beurteilen Sie im Großen und Ganzen den **derzeitigen Gesundheitszustand** Ihres Kindes?

sehr gut ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ sehr schlecht

Wie würdest Du/Sie **Deine Schmerzen**/die Schmerzen Ihres Kindes **in den vergangenen 7 Tagen** einschätzen?

keine ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ sehr stark

dann hier weitermachen!!

Bitte beachten! Bei den folgenden Fragen soll nur die **Einschränkung durch die Krankheit** beurteilt werden. Bei nicht altersentsprechenden Fragen (z.B. Fahrradfahren für Dreijährige etc.) bitte ‚trifft nicht zu‘ ankreuzen.

	problemlos	leicht erschwert	stark erschwert	nicht möglich	trifft nicht zu	
1 Anziehen und Körperpflege						Maximum 1 : □ /mod. □
Kannst Du Dich/Kann Ihr Kind sich allein ...						
... anziehen, die Schnürsenkel öffnen, Knöpfe schließen oder öffnen?	①	②	③	④	⑤	
... die Haare waschen?	①	②	③	④	⑤	
... die Socken an- oder ausziehen?	①	②	③	④	⑤	
... die Fingernägel schneiden?	①	②	③	④	⑤	
2 Aufstehen						Maximum 2 : □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... von einem niedrigen Stuhl oder vom Boden aufstehen?	①	②	③	④	⑤	
... sich ins Bett legen, aus dem Bett aufstehen oder sich im Laufstall aufrichten?	①	②	③	④	⑤	

Achtung: wenn das Kind etwas aufgrund seines Alters nicht kann, bitte ‚trifft nicht zu‘ ankreuzen!

	problem- los	leicht er- schwert	stark er- schwert	nicht möglich	trifft nicht zu	
3 Essen und Trinken						Maximum 3 : □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... bei Tisch ein Messer zum Schneiden benutzen?	①	②	③	④	⑤	
... eine Tasse oder ein Glas zum Mund führen?	①	②	③	④	⑤	
... eine neue Packung Cornflakes oder Müsli öffnen?	①	②	③	④	⑤	
4 Gehen						Maximum 4 : □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind allein ...						
... draußen auf ebenen Boden gehen?	①	②	③	④	⑤	
... fünf Stufen hinaufgehen?	①	②	③	④	⑤	
5 Körperpflege						Maximum 5 : □ /mod. □
Kannst Du Dich/Kann Ihr Kind sich allein ...						
... am ganzen Körper waschen und abtrocknen?	①	②	③	④	⑤	
... baden (und in die Wanne ein- und aussteigen)?	①	②	③	④	⑤	
... auf die Toilette bzw. Töpfchen gehen und wieder aufstehen?	①	②	③	④	⑤	
... die Zähne putzen?	①	②	③	④	⑤	
... die Haare kämmen und bürsten?	①	②	③	④	⑤	
6 Erreichen von Gegenständen						Maximum 6 : □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... einen schweren Gegenstand, z.B. ein großes Spiel oder Buch, über Kopfhöhe erreichen oder herunterholen?	①	②	③	④	⑤	
... Dich/sich bücken, um ein Kleidungsstück oder ein Blatt Papier vom Boden aufzuheben?	①	②	③	④	⑤	
... einen Pullover über den Kopf ziehen?	①	②	③	④	⑤	
... den Kopf drehen, um über die Schulter zurückzuschauen?	①	②	③	④	⑤	
7 Greifen						Maximum 7 : □ /mod. □
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...						
... mit Kugelschreiber oder Bleistift schreiben?	①	②	③	④	⑤	
... Autotüren öffnen?	①	②	③	④	⑤	
... Schraubverschlüsse aufmachen, die schon einmal geöffnet waren?	①	②	③	④	⑤	
... Wasserhähne auf- und zudrehen?	①	②	③	④	⑤	
... eine Tür mit einem Türknauf öffnen?	①	②	③	④	⑤	

	problem- los	leicht er- schwert	stark er- schwert	nicht möglich	trifft nicht zu
8 Aktivitäten und häusliche Aufgaben					
Kannst Du/Kann Ihr Kind ...					
... allein einkaufen und Kleinigkeiten erledigen?	①	①	②	③	④
... im Auto, Bus oder Straßenbahn ein- und aussteigen?	①	①	②	③	④
... Fahrrad fahren?	①	①	②	③	④
... im Haushalt helfen (z.B. abwaschen, Müll wegbringen, Staub saugen, bei der Gartenarbeit helfen, Dein/sein Bett machen, Dein/sein Zimmer aufräumen)?	①	①	②	③	④
... rennen und spielen?	①	①	②	③	④

Maximum 8 :

/mod.

Bitte kreuze/kreuzen Sie alle **HILFSMITTEL** an, in denen Du/Ihr Kind gewöhnlich für eine der folgenden Tätigkeiten benutzt:

Ich benötige/Mein Kind benötigt keine Hilfsmittel

Ich benötige/Mein Kind benötigt für die angegebenen Tätigkeiten folgende Hilfsmittel:

- | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------|
| 1 Anziehen und Körperpflege: | Hilfsmittel zum Anziehen, z.B. Knöpfhaken, Reissverschußzieher, verlängerter Schuhlöffel | <input type="radio"/> |
| 2 Aufstehen: | Spezialstuhl oder erhöhter Stuhl | <input type="radio"/> |
| 3 Essen und Trinken: | Besondere Hilfsmittel beim Essen und Trinken, z.B. besonderes Besteck | <input type="radio"/> |
| 4 Gehen | Gehstützen | <input type="radio"/> |
| | Therapieroller, -fahrrad | <input type="radio"/> |
| | Rollstuhl | <input type="radio"/> |
| 5 Körperpflege: | erhöhter Toilettensitz | <input type="radio"/> |
| | Badewannensitz | <input type="radio"/> |
| | Haltegriff an der Badewannenstange | <input type="radio"/> |
| 6 Erreichen von Gegenständen: | Geräte mit langen Stielen zu Erreichen bestimmter Gegenstände | <input type="radio"/> |
| | Geräte mit langen Stielen im Badezimmer | <input type="radio"/> |
| | Schraubverschluß-Öffner für Gläser (die vorher schon geöffnet waren) | <input type="radio"/> |
| | Bleistiftverdickung oder spezielle Schere oder Schreibgeräte | <input type="radio"/> |

→modifiziert

1 - **6** auf mindestens 2

Andere Hilfsmittel für die genannten Tätigkeiten:

Bitte kreuze/kreuzen Sie die Bereiche an, in denen Du/Ihr Kind aufgrund seiner Erkrankung normalerweise **HILFE VON ANDEREN** benötig(s)t:

Keine fremde Hilfe erforderlich

Ich benötige/Mein Kind benötigt Hilfe in folgenden Bereichen

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

- Anziehen
- Aufstehen:
- Essen und Trinken:
- Gehen
- Körperpflege:
- Erreichen von Gegenständen:
- Greifen
- Aktivitäten und häusliche Aufgaben

→ modifiziert
 1 - 8 auf
 mindestens 2

 **Geschafft! Vielen Dank für Ihre Hilfe!!**

Nur vom Arzt auszufüllen:

Berechnung des CHAQ-Score:

1. Jeweils höchsten Wert aus Bereichen 1 - 8 notieren.
2. Positive Angaben bei HILFSMITTEL oder HILFE VON ANDEREN modifizieren den Wert des entsprechenden Bereichs auf mindestens „stark erschwert“(2). Falls der Wert des Bereiches bereits „stark erschwert“(2) oder „nicht möglich“(3) beträgt, ändert sich nichts.
3. Der CHAQ berechnet sich aus der Summe der höchsten Werte von Bereichen 1 - 8, geteilt durch 8 (Werte von 0 – 3).

ACR Pediatric Core Set:

Ärztliche Gesamteinschätzung des Gesundheitszustandes	Eltern-/Patienteneinschätzung des Gesundheitszustandes	Funktionsbeurteilung mittels C-HAQ	Zahl der Gelenke mit aktiver Arthritis	Zahl der Gelenke mit Bewegungseinschränkung	Blutsenkungsgeschwindigkeit
---	--	------------------------------------	--	---	-----------------------------



DATENSCHUTZERKLÄRUNG SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (SPZ) UND RHEUMA-AMBULANZ

Bitte Bericht senden an

Überweiser

Hausarzt

Patientenadresse

Therapeut

Heilpädagogische Tagesstätte/Kindergarten/Schule _____

Name der Kinderarztpraxis: _____

Wir stimmen einem weiteren Austausch mit folgenden Ärzten oder anderen Stellen zu:

Überweiser

Hausarzt

Therapeut _____

Erzieher/Lehrer _____

Die hier aufgeführten Ärzte, Therapeuten, Einrichtungen oder sonstige Personen entbinde(n) ich/wir von ihrer vertraglichen und gesetzlichen Schweigepflicht. Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, erfolgt die Entbindung auch für die Mitarbeiter des SPZ gegenüber den aufgeführten Stellen und betrifft den gesamten Austausch, der für den Behandlungsauftrag des SPZ relevant ist.

Einschränkungen: _____

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt durch:

Mutter

Vater

dritte Person: _____

Datum _____

Name 1. Sorgeberechtigte/r _____ Unterschrift _____

Datum: _____

Name 2. Sorgeberechtigte/r _____ Unterschrift _____



Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten

Liebe Eltern,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Kindes im SPZ Garmisch-Partenkirchen.

Für die Behandlung Ihres Kindes im SPZ benötigen wir das Einverständnis aller Personensorgeberechtigten. Die Durchführung der medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie erfolgt freiwillig. Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen. Eine Behandlung im SPZ ist in diesem Fall jedoch dann nicht mehr möglich.

Personenbezogene Daten werden entsprechend des Dokuments „Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich“ auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO verarbeitet. Diese Information liegt im Empfangsbereich aus. Ein Exemplar kann Ihnen auf Wunsch ausgegeben werden.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr SPZ Team

Einverständniserklärung

Name Ihres Kindes: _____, geb. am _____

ICH als alleinige Personensorgeberechtigte/r bin mit der medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie meines Kindes im SPZ einverstanden

Datum: _____

Name _____ Unterschrift _____

WIR als gemeinsame Personensorgeberechtigte sind mit der medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie meines Kindes im SPZ einverstanden

Datum _____

Name 1. Sorgeberechtigte/r _____ Unterschrift _____

Datum: _____

Name 2. Sorgeberechtigte/r _____ Unterschrift _____