



Kopfschmerzambulanz 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** Bitte legen Sie den ausgefüllten Anmeldebogen Ihrer **Kinderarztpraxis** vor. Der Kinderarzt/ die Kinderärztin macht auf **Seite 2** Ergänzungen und erteilt ihre Zustimmung zur Behandlung im SPZ der Uniklinik Bonn (Stempel und Unterschrift).
- Schritt 3** Ergänzen Sie den Anmeldebogen mit **Vorbefunden**, Arztbriefen, Blutbildern etc., die Ihnen bereits aus früheren Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalten vorliegen.
- Schritt 3** Bitte schicken Sie den von der Kinderarztpraxis abgestempelten und ergänzten Anmeldebogen zusammen mit den Vorbefunden
- ✓ als Scan per E-Mail an patient-kinderneurologie@ukbonn.de
 - ✓ per Post an
UKB
Neuropädiatrie & SPZ
Venusberg Campus 1, Geb. C82
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- oder Test-Termine. **Wir rufen Sie an**, sobald wir Ihnen die Termine mitteilen können. Deshalb geben Sie bitte auf jeden Fall Ihre Telefonnummer an!*

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.

Patient/Patientin

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb. Datum _____ weiblich männlich divers

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

Telefon _____ E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Von der Kinderärztin / vom Kinderarzt auszufüllen:

Ich bin mit der Vorstellung des/der o. g. Patienten/in in Ihrem SPZ einverstanden.

Datum

Stempel

Unterschrift

Fragestellung der/des überweisenden Kinderärztin/-arztes:

Das Wichtigste

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

Welche Hilfen wünschen Sie sich?

Familie

Eltern leben gemeinsam leben getrennt, Kind lebt bei Mutter Vater

Sorgerecht gemeinsam Mutter Vater

Eltern:	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Wohnort		
Staatsangehörigkeit		
Schulabschluss		
Berufsausbildung		
derzeitige Tätigkeit		

Geschwister:

Geschwister sind in unserem SPZ bekannt? Nein Ja

Schwerbehindertenausweis vorhanden? Nein Ja, Grad:

Merkmale: _____ Pflegegrad? Nein Ja, Grad/Stufe: _____

Besteht oder bestand Kontakt zum Jugendamt? Nein Ja

Kinderarzt: _____

Die Vorstellung im SPZ erfolgt auf Empfehlung von:

Kindergarten Schule Kinder- & Jugendarzt/-ärztin Therapeut/in

Vorerkrankungen in der Familie (körperliche und psychische)

Bitte nennen Sie die Art der Erkrankung, wer erkrankt ist und seit wann (z. B. Opa, Epilepsie, seit 16. Lebensjahr)

Vorgeschichte

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft/ bei der Geburt/ in der frühkindlichen Entwicklung?

nein ja, folgende:

Krankheiten Ihres Kindes

Gab oder gibt es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

Nein Ja, folgende:

Vorbefunde (z.B. Augenarzt, HNO, EEG, MRT, Schilddrüse, Blutdruck, andere):
falls Vorbefunde vorhanden, bitte zusammen mit diesem Anamnesebogen einreichen!

Wann war die letzte Augenuntersuchung/-kontrolle? _____

Liegt eine Sehstörung vor? Nein Ja Brille vorhanden? Ja Nein

Liegen Allergien vor? Nein Ja, folgende: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

Nein Ja, folgende (Name Medikament/ Dosierung):

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder hatte eine Erkrankung mit (Spät-) Folgen (z. B. Trisomie 21, Herzfehler, Epilepsie, Hydrocephalus)?

Nein Ja, folgende:

Anamnesebogen Kopfschmerzen

Bitte ab hier – soweit möglich - vom Kind /Jugendlichen alleine ausfüllen lassen!

Wann sind deine Kopfschmerzen zum ersten Mal aufgetreten?

Traten die Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einem bestimmten Ereignis oder einer veränderten Lebenssituation auf? Nein Ja

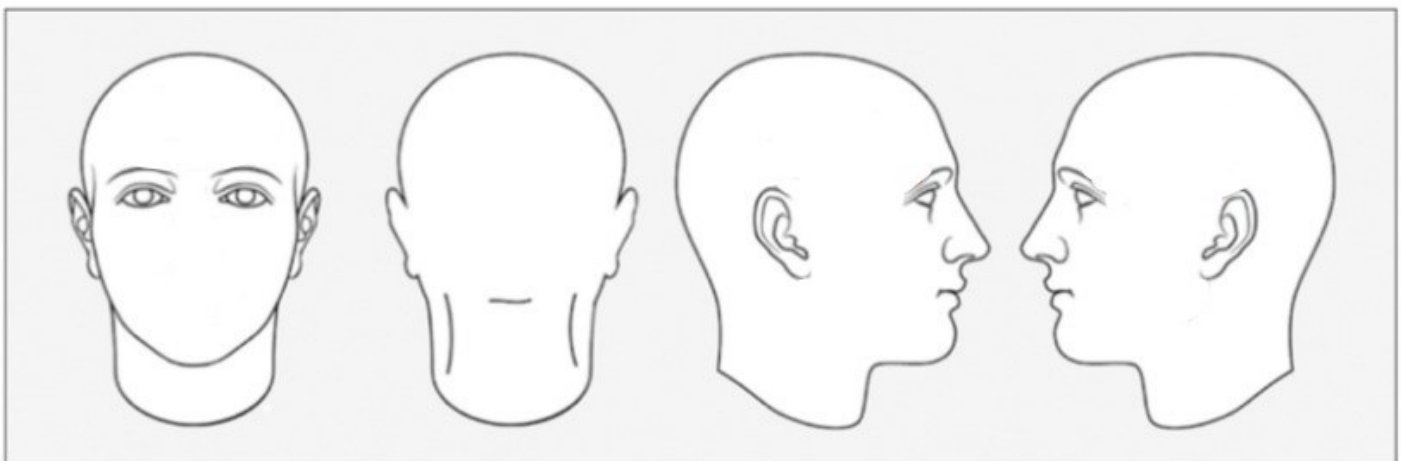
Falls ja, was war der Auslöser für deine Kopfschmerzen?

Wie lange halten deine Kopfschmerzen in der Regel an (Dauer)?

Wie oft treten deine Kopfschmerzen in der Woche/im Monat/im Jahr auf?

An welchen Stellen treten die Kopfschmerzen meistens auf?

Bitte markiere diese in den Abbildungen.



vorne

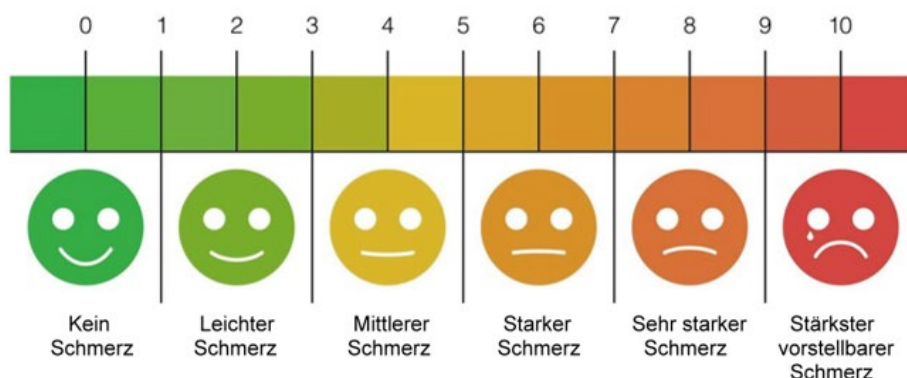
hinten

rechte Seite

linke Seite

Wie stark sind die Kopfschmerzen auf einer Skala von 0-10 einzuordnen?

Bitte ankreuzen.



Wie fühlt sich der Schmerz an? (Du kannst mehrere Punkte ankreuzen)

- Dumpf/drückend
- spitz/stechend (wie eine Nadel)
- einschießend (Schmerz kommt ganz plötzlich)
- pulsierend (pocht wie das Herz)
- brennend
- krampfartig (bei Schmerzen zieht sich alles zusammen)
- sonstiges: _____

Werden die Kopfschmerzen bei Bewegung schlimmer? Ja Nein

Bitte kreuze nachfolgend an, ob während der Kopfschmerzen eines dieser Symptome besteht

Ja, und zwar:

	Nein	selten	oft	immer
Phonophobie (Überempfindlichkeit ggü. Geräuschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photophobie (Überempfindlichkeit ggü. Licht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht / Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visuelle Erscheinungen u. Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parästhesien (z.B. Kribbeln, Taubheit, Lähmungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne knirschen nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus/Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen weitere Symptome? _____

Was tust du üblicherweise, wenn du Kopfschmerzen hast? Was hilft dir dann?

Was, vermutest Du, könnte die Ursache bzw. Erklärung für deine Kopfschmerzen sein?

Bitte mache im Folgenden Angaben zu den bisherigen Therapieversuchen und ob dadurch Besserungen der Kopfschmerzen eingetreten sind.

Schmerzmittel

Verbesserung?

Ja Nein

Welches Medikament wurde eingenommen?

Einnahme der Schmerzmittel an mehr als 10 Tagen im Monat?

Ja Nein

Schlaf /Ruhe

Ja Nein

Einreibung mit ätherischen Ölen (z.B. Pfefferminzöl)

Ja Nein

Kühlpacks

Ja Nein

Wurden noch andere Therapien ausprobiert? _____

Sozialanamnese

Kindergarten: Ja, seit _____ Nein Schule: Ja

Einschulung mit _____ Jahren Klassenwiederholung Klassenstufe _____

Gehst du gerne in den Kindergarten/die Schule? Ja Nein

Falls nein, was müsste sich ändern? Gibt es Leistungsdruck? Wenn ja, von wem?

Wie ist das Verhältnis zu deinen Lehrern und Mitschülern?

Welche Hobbies und Interessen hast du?

Wie viel Zeit verbringst du pro Tag mit Medien (z.B. Tablet, PC, Handy, TV, Hörbuch, etc.)?

Trinkmenge/Tag: Wasser: _____ Sonstige Getränke: _____

Regelmäßige Mahlzeiten (Frühstück, Mittag-, Abendessen): Ja Nein

Ausgewogene Ernährung: Ja Nein

Beschreibe kurz, was du isst:

Wie sieht dein Schlafverhalten aus (z.B. Ein-und Durchschlafstörungen, (un-)regelmäßiger Schlaf, Dauer, Bettzeiten)?

Hast du aktuell Stress und was stresst dich (z.B. Schule, Familie, Freunde, Lebensumstände etc.)?

Möchtest du uns sonst noch etwas mitteilen?

VIELEN DANK FÜR DEINE MITARBEIT!
WIR FREUEN UNS DICH KENNENZULERNEN 😊

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 dieses 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: gf-kinderheilkunde@ukbonn.de richten.
<https://www.ukbonn.de/42256BC8002AF3E7/direct/datenschutzerklaerung>

Ihr Weg zu uns:

Ihr Weg zu uns
auf dem UKB-Gelände:



K5EE8E

Die UKB-Navigationshilfe leitet Sie zu unserer Klinik auf dem Gelände Venusberg-Campus. Scannen Sie dazu den QR-Code auf der rechten Seite dieses Briefs mit Ihrer Handykamera oder einem QR-Code-Reader ein, wenn Sie sich auf dem UKB-Gelände befinden. Erlauben Sie dem System, Sie zu lokalisieren, dann führt die UKB-Navigation Sie Schritt für Schritt zu unserem Klinikgebäude.