

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. 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-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)

Telefon _____ E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Kinderarzt / Kinderärztin _____

Aktuelles Gewicht des Kindes: _____ kg

Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

- Erstmals aufgetretener epileptischer Anfall, neu entdeckte Epilepsie, Anbindung an Neuropädiatrie
- Zweitmeinung bei bekannter Epilepsie
- Umzug, neues Behandlungszentrum nötig
- Wir möchten den Arzt wechseln
- Anderes, Begründung: _____

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

Bitte 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: _____

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