



Anmeldung

Neuromuskuläre Ambulanz für Kinder – und Jugendliche

um Ihr Kind in der neuromuskulären Sprechstunde der Abteilung Neuropädiatrie, dem iSPZ und des Universitätsneuromuskulären Zentrums anzumelden, beachten Sie bitte die nachfolgenden Schritte:

1. Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Kinderarzt und füllen Sie gemeinsam den nachfolgenden Anmeldebogen aus.
2. Erst nach Eingang des vollständig ausgefüllten Anmeldebogens erhalten Sie von uns innerhalb von 2 Wochen eine Rückmeldung. Termine werden in Abhängigkeit der Fragestellung bzw. des Krankheitsbildes und der Verfügbarkeit eines freien Termines vergeben.
3. Zum geplanten Termin bringen Sie bitte einen aktuellen Überweisungsschein des Kinderarztes zur vollständigen Kostenübernahme durch die Krankenkasse, die Chipkarte und alle Symptombezogenen verfügbaren Krankenunterlagen Ihres Kindes mit.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Telefonisch unter 0351 458 -6190 oder per Email unter spz@uniklinikum-dresden.de

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen
Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458-0
www.uniklinikum-dresden.de



Vorstand:
Prof. Dr. med. D. M. Albrecht (Sprecher),
Janko Haft

Vorsitzender des
Aufsichtsrates:
Thomas Lemke

Bankverbindungen:
Commerzbank
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00
BIC DRES DEFF 850

Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN DE28 8505 0300 3120 1377 81
BIC OSDD DE 81 XXX

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70
BIC BYLA DEM1 001

USt-IDNr.: DE 140 135 217
St-Nr.: 203 145 03113

Anmeldebogen

- VON DEN ELTERN AUSZUFÜLLEN -

Kontaktdaten des Patienten

Familienname des Kindes:

Vorname:

Geb.-Datum:

Geschlecht: männlich

weiblich

Wohnhaft bei: Eltern

Vater

Mutter

Adoptiveltern

Pflegeeltern

im Heim

Anschrift:

Telefonnummer:

Email:

Nationalität

Mutter (falls nicht Deutschland):

Vaters (falls nicht Deutschland):

Kind in Deutschland geboren

ja nein

Einreisejahr:

Deutschkenntnisse des Kindes (bilingual):.....

Deutschkenntnisse der Eltern:....., welche Sprachen:.....

Falls Sie bei der ambulanten Vorstellung und dem Gespräch einen Dolmetscher benötigen, bringen Sie diesen bitte zu jeder Vorstellung mit. Zudem bitten wir Sie, uns die Kontaktdaten des zuständigen Dolmetschers für die Behandlung Ihres Kindes mitzuteilen. (Name, Vorname, Telefonnummer)

.....
Wer hat das **Sorgerecht**?

Eltern

nur Mutter

nur Vater

Amtsvormund

sonstige:

Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten:

Anschrift (falls abweichend):

Familienanamnese

Gibt es Familienmitglieder (z.B. Geschwister, weitere Verwandte) mit einer (genetische) Muskelerkrankung oder einem oder mehreren der folgenden Symptome (*bitte unten bei den Familienmitgliedern einzeln ergänzen*) gg f. für weitere Anmerkungen Rückseite verwenden

Muskelschmerzen, (Familienmitglieder, Alter Symptombeginn):.....

Gangstörung, Familienmitglieder - Alter Symp.....

Rollstuhl, Familienmitglieder - Erkrankung.....

Herzerkrankungen, Familienmitglieder - Erkrankung.....

plötzlichen Todesfällen, Familienmitglieder - Erkrankung, Lebensalter):.....

Narkosezwischenfällen, Familienmitglieder - Erkrankung.....

weitere (Erkrankung, Alter Symptombeginn)..... 2

- GEMEINSAM MIT DEM KINDERARZT AUSZUFÜLLEN -

Überweisender Kinderarzt:

Hier Stempel der Kinderarztpraxis

Verdachtsdiagnose / Fragestellung:

.....
.....
.....
.....

Bitte beschreiben Sie **bei jedem** Symptom

- seit welchem **Lebensalter** oder über welchen **Zeitraum** die Symptome bestehen
- ob das/die Symptome konstant, wechselhaft, zunehmend oder abnehmend sind.
(z.B. „zunehmende Gangstörung seit dem 3. Lebensjahr“)

Mögliche Symptome könnten sein:

- Gangstörung, Stolperneigung
- Zehengang (immer oder zwischenzeitlich auch Aufsetzten des ganzen Fußes)
- Schmerzen der Beine, Arme, etc. (hier bitte Angabe zu den Schmerzen: wo? wechselhaft? schlechter/besser unter Bewegung, Ruhe, Kälte, Wärme und
- Schwierigkeiten sich vom Boden auf zur richten
Treppensteigen mit Unterstützung oder frei möglich
- „weicher Muskeltonus“, so es fällt z.B schwer den Kopf zu halten
- „steife“ Gelenke ? „Verkrümmung“ (Skoliose) der Wirbelsäule
- Schwierigkeiten beim Schlucken, z.B. Husten beim essen
- Hohe Anzahl an Atemwegsinfekten in den Herbst- und Wintermonaten
- Narkoseprobleme-/Zwischenfälle
- Episoden mit „braunen Urin“, Muskelschmerzen u. Erhöhung der CK z.B. bei Infekten?
- Weitere.....

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes

Freier **Sitz** im Alter von Monate,
freies **Laufen** im Alter von Monate,
erste **Worte**: Monate
besucht eine Regel-Kita ?.....
besucht eine Regelschule (welche Schulform?).....

Vordiagnostik

(Bitte Befunde beifügen)

- Kreatinkinase (CK) Wert:..... (bitte Normbereich angeben)
- Genetische Diagnostik.....
(Wenn ja: welche Diagnostik, in welchem Labor, wann, mit welchem Ergebnis?)
- Neurophysiologie:
(Wenn ja: welche Diagnostik, wo, wann, mit welchem Ergebnis?)
- Bildgebung der Muskulatur:.....
(Wenn ja: welche Diagnostik, wo, wann, mit welchem Ergebnis?)

Welche Therapien, Behandlungen und/oder Fördermaßnahmen wurden bislang durchgeführt?

Physiotherapie Logopädie Ergotherapie andere:

stationäre Rehabilitationen:

.....
**Datum /Stempel und
Unterschrift des Kinderarztes**

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das oben genannte Kind im iSPZ und im Universitätsneuromuskulären Zentrum am UKD zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre ich/wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen einer etwaig weiteren sorgeberechtigten Person rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen und, dass diese mit der Anmeldung im iSPZ und im Universitätsneuromuskulären Zentrum am UKD einverstanden ist.

X

Datum & eigenhändige Unterschrift/-en aller Personensorgeberechtigten

Hinweis: Ohne Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes im iSPZ und im Universitätsneuromuskulären Zentrum am UKD aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und tragen Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein.