

Anamnesebogen Soko-Kids mit Ernährungssonde

Informationen zum Kind

Name des Kindes:

Geschlecht:

Geburtsort:

Geburtstag:

Nationalität:

Aufenthaltsstatus:

Telefon:

Mobiltelefon:

Emailadresse:

Aktuelle Größe:

Aktuelles Gewicht:

Name Mutter:

Name Vater:

Anschrift Mutter:

Anschrift Vater:

Sorgerecht:

beide

Mutter

Vater

Vormund, Name:

Pflegefamilie, Name:

Wo lebt Ihr Kind?: bei den Eltern Mutter Vater Pflegefamilie Heim oder

Krankenkasse:

Behandelnder Kinderarzt:

Welche Diagnosen wurden bei Ihrem Kind gestellt?
(gerne können Sie Arztbriefe in Kopie beilegen oder zum Termin mitbringen)

Betreut Sie ein Home-Care-Service? Ja Nein

bei Ja, Name:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Betreut Sie ein Pflegedienst? Ja Nein

bei Ja, Name:

/Woche

Wie oft?

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

Informationen zur, Geburt und frühkindlichen Entwicklung

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche:

Errechneter Geburtstermin:

Geburtsgewicht:

Körperlänge:

Kopfumfang:

Wird/Wurde Ihr Kind gestillt?

Ja Nein

Freies laufen: Ja Nein

Alter:

Radfahren ohne Stützräder: Ja Nein

Alter:

Alter gezielt Mama/Papa sprechen:

Alter Zweiwortsätze sprechen:

Sauberkeitsentwicklung tagsüber abgeschlossen?

Ja Nein

bei Ja, Alter:

Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen?

Ja Nein

bei Ja, Alter:

Fahrrad fahren (ohne Stützräder)

Ja Nein

bei Ja, Alter:

Warum wurde Ihrem Kind eine Ernährungssonde gelegt?

Wann und wo erfolgte die Erstanlage der Ernährungssonde?

Welche Art Ernährungssonde hat Ihr Kind:

PEG

Firma:

Button

Firma:

Jejunalschenkel

Firma:

andere

Firma:

Welche Größe hat die Ernährungssonde Ihres Kindes?

Sind bereits Wechsel der Ernährungssonde erfolgt? Ja Nein

bei Ja, wann:

wo:

Gab es Komplikationen bei der Anlage der Ernährungssonde? Ja Nein

bei Ja, welche:

Gab es bisher Probleme mit der Ernährungssonde? Ja Nein

bei Ja, welche:

Granulationsgewebe

Entzündungen

Einwachsen der Halteplatte

Verstopfungen

Undichtigkeiten

andere

Fühlen Sie sich bezüglich des Handlings der Ernährungssonde ausreichend angeleitet? Ja Nein

Bei nein, in welchen Bereichen haben Sie Informationsbedarf?

Wie versorgen Sie die Eintrittsstelle der Ernährungssonde?

Offen

Verband

Desinfektion

Fixierung

Wie häufig mobilisieren Sie die Ernährungssonde?

Größe Ihres Kindes:

Gewicht Ihres Kindes:

Welche Nahrung erhält Ihr Kind:

Gibt es Nahrungszusätze? Ja Nein

bei Ja, wieviel:

Welche:

Geben Sie zusätzlich Flüssigkeit über die Sonde? Ja Nein bei Ja, wieviel:

Welche Gesamtmenge erhält Ihr Kind in 24 Stunden?

Wie verteilen Sie die Nahrung?

Morgens:

Mittags:

Abends:

Zwischendurch:

Wie groß sind die Nahrungsportionen?

Morgens:

Mittags:

Abends:

Zwischendurch:

Wann sondieren Sie?

Morgens:

Mittags:

Abends:

Zwischendurch:

Ist/trinkt Ihr Kind zusätzlich über den Mund? Ja Nein

Bei Ja, was?

Welche Mengen

Erhält Ihr Kind Medikamente? Ja Nein

Bei Ja, welche?

Wie verabreichen Sie das Medikament ?

über den Mund

über die Sonde

Wie lösen Sie das Medikament auf?

Kann Ihr Kind schlucken? Ja Nein

Kommt es dabei zum Verschlucken? Ja Nein

bei Ja, wie häufig?

bei Flüssigkeiten

bei fester Nahrung

Erbricht Ihr Kind? Ja Nein

Wenn ja – wie häufig?

Bei bestimmter Nahrung?

Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang zum Sondieren?

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang?

Welche Konsistenz hat der Stuhl?

Was sind Ihre Erwartungen an unsere Sprechstunde?

Gibt es spezielle Fragen/Wünsche?

Gibt es Ängste oder Sorgen, die Ihr Kind betreffen, die Sie uns noch mitteilen möchten?

Sonstiges:

Behandlungseinwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von meinem Kind

Name:

Vorname:

geb. am:

bei behandelnden Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobene Untersuchungsergebnisse eingeholt werden bzw. telefonische Anfragen erfolgen dürfen.

Kreuzen Sie bitte ggf. die Einrichtungen an, zu denen **keine** Kontaktaufnahme erfolgen soll.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärzte | <input type="checkbox"/> Psychologen |
| <input type="checkbox"/> Kliniken | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Frühförderung |
| <input type="checkbox"/> Schule/Schulamt | <input type="checkbox"/> Jugendamt, allgem. Sozialdienst |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Familienhilfe |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten | <input type="checkbox"/> Dolmetscher |

Arztbrief

Nach ambulanten oder stationären Terminen bei uns werden üblicherweise die Arztbriefe über Ihr Kind an Sie als Eltern und an den überweisenden Arzt geschickt

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Arzt den Brief und ggf. später erhaltene Befunde erhält.
 Nein, ich bin **nicht** mit einer Zustellung des Briefes oder ausstehender Befunde einverstanden.

Die Schweigepflichtentbindung muss von den Sorgerechtsberechtigten (erst recht bei getrenntlebenden Eltern) unterschrieben werden, damit es rechtlich gewährleistet ist, dass beide Eltern über die Vorstellung im SPZ informiert und einverstanden sind.

Bei der Unterschrift einer sorgeberechtigten Person gilt das Einverständnis weiterer sorgeberechtigter Personen als gegeben. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigter

Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

Bitte wenden >>>

Wichtige Informationen

Sehr geehrte Eltern,

damit wir gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten und um Sie wirkungsvoll unterstützen zu können, bitten wir Sie um Kenntnisnahme und Beachtung folgender Punkte:

- Wir benötigen immer eine Quartalsüberweisung Ihres Kinderarztes. Bei kurzfristiger Terminvergabe bitte die Überweisung schnellstmöglich nachreichen, da wir weitere Termine nur nach Eingang der Überweisung mit Ihnen absprechen können. Falls die Überweisung am Ende des Quartals nicht bei uns eingegangen ist, erhalten Sie eine Privatrechnung in Höhe der geltenden Kostenpauschale. Weitere Termine können wir Ihnen dann nicht mehr vergeben!
- Bitte sagen Sie unter spz.krefeld@helios-gesundheit.de die Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig ab. Dann können andere Eltern, die warten, diesen Termin erhalten. Bedenken Sie bitte, dass es bei einer kurzfristigen Absage leider zu einer längeren Wartezeit für einen neuen Termin kommen kann.
- Bei mehrfach unentschuldigtem Terminausfall werden wir Ihnen keine weiteren Termine mehr anbieten.
- Falls Sie einen Dolmetscher benötigen, organisieren Sie diesen bitte zu den Terminen und bringen ihn mit, damit wir uns gut mit Ihnen verständigen können.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/ Sorgeberechtigter

Unterschrift Vater/ Sorgeberechtigter

Vielen Dank,

dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!