

Abt. für Kinder- und Jugendepileptologie ♦ Maraweg 21 ♦ 33617 Bielefeld

Liebe Eltern,

Sie haben sich gemeldet, um Ihr Kind in unserer Klinik vorzustellen. Um dies gut zu planen, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Falls der Platz für einige Antworten nicht ausreichen sollte, nehmen Sie bitte ein zusätzliches Blatt.

Rücksendung bitte an:

Krankenhaus Mara
Behandlungskoordination Epilepsiechirurgie
Maraweg 21
33617 Bielefeld

Vielen Dank und freundliche Grüße,
Ihr Team der Behandlungskoordination

Name: _____ **Vorname** _____ **Geburtsdatum:** _____

Warum möchten Sie mit Ihrem Kind zu uns kommen?

- ☐ umfassende Einschätzung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes
☐ ausschließlich eine kurze Beratung im Ambulanztermin

Mit wem können wir vorab Kontakt aufnehmen? (auf Deutsch oder Englisch)

Name: _____ **E-Mail-Adresse:** _____

☎ (tagsüber/mobil)

Benötigen Sie bei der Behandlung für wichtige Gespräche einen Dolmetscher?

- ☐ nein ☐ ja für folgende **Sprache:** _____

Was ist Ihr Anliegen? Welche Themen möchten Sie mit uns klären?

Wie haben Sie von unserem Epilepsie-Zentrum erfahren?

Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ ☐ männlich ☐ weiblich
☐ Gesetzlich versichert
 ☐ Privat zusatzversichert
 ☐ Selbstzahler
 Wir möchten Wahlarztleistungen in Anspruch nehmen ☐
wohnhaft bei/in: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Pflegeeltern ☐ Heim/Wohngruppe ☐ sonstige: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Ggf. Angaben zu Heim/Wohngruppe:

Name: _____ Ansprechpartner: _____

☎: _____ E-Mail-Adr.: _____

Eltern:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

erlernter Beruf: _____ zzt. ausgeübte Tätigkeit: _____

☎: _____ E-Mail-Adr.: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

erlernter Beruf: _____ zzt. ausgeübte Tätigkeit: _____

☎: _____ E-Mail-Adr.: _____

Wer hat das Sorgerecht?☐ gemeinsames Sorgerecht☐ allein sorgeberechtigt ist: _____**Geschwister: (Name / Geburtsdatum)**

Wann hatte Ihr Kind den ersten epileptischen Anfall (Datum)? am: _____**Gab es längere anfallsfreie Zeiten nach Beginn der Epilepsie?** ☐ nein☐ ja, von _____ bis _____**Hatte Ihr Kind Fieberkrämpfe?** ☐ ja, Anzahl: _____ ☐ nein

Name des Medikaments	Einheit (mg, ml)	morgens	mittags	abends	seit wann? (Monat/Jahr)

Welche Medikamente hat Ihr Kind bereits genommen?

☐ keine

Wirkstoff (Präparatename)		gewirkt	vertragen	von	bis	Welche Wirkung / Nebenwirkungen?
bitte ankreuzen:		Zeichen eintragen: - / + / ?				
☐	Acetazolamid (Acemit/ Glaupax)					
☐	Brivaracetam (Briviact)					
☐	Cannabidiol (Epidiolex)					
☐	Carbamazepin (Tegretal; Timonil)					
☐	Cenobamat (Ontozry)					
☐	Clobazam (Frisium)					
☐	Clonazepam (Rivotril)					
☐	Cortisonpräparate ☐ Dexamethason ☐ Prednisolon					
☐	Eslicarbazepin (Zebinix)					
☐	Ethosuximid (Petnidan; Suxilep)					
☐	Felbamat (Taloxa)					
☐	Fenfluramin (Fintepla)					
☐	Gabapentin (Neurontin)					
☐	Kaliumbromid					
☐	Lacosamid (Vimpat)					
☐	Lamotrigin (Lamictal)					
☐	Levetiracetam (Keppra)					
☐	Mesuximid (Petinutin)					
☐	Nitrazepam					
☐	Oxcarbazepin (Apydan)					
☐	Perampanel (Fycompa)					
☐	Phenobarbital (Luminal Luminaletten)					
☐	Phenytoin (Phenhydan; Zentropil)					
☐	Rufinamid (Inovelon)					
☐	Stiripentol (Diacomit)					
☐	Sultiam (Ospolot)					
☐	Topiramat (Topamax)					
☐	Valproat (Convulex; Ergenyl; Orfiril long)					
☐	Vigabatrin (Sabril)					
☐	Zonisamid (Zonegran)					
☐	Sonstige:					

Welches Medikament hat nach Ihrer Einschätzung am besten gewirkt?

Bekommt Ihr Kind im Moment eine „Ketogene Ernährungstherapie“ (KET)?

☐ ja ☐ nein

☐ ja: und zwar:

☐ Modifizierte Atkins Diät (MAD)

☐ Ketogene Diät (KD)

Haben Sie die Ketogene Diät früher eingesetzt? ☐ ja, von _____ bis _____

☐ nein

Hat Ihr Kind einen Vagusnervstimulator? ☐ ja, seit _____

☐ nein

Sind bei Ihrem Kind aktuell Krankenhauskeime nachgewiesen?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind alle empfohlenen Impfungen erhalten? Bitte bringen Sie den Impfausweis mit!

☐ ja

☐ nein

Ist Ihr Kind vollständig gegen Masern geimpft?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind eine körperliche Behinderung (z. B. Sehschwäche, Gehbehinderung, ...)?

☐ nein

☐ ja folgender Art:

Hat Ihr Kind Hilfsmittel wegen seiner Behinderung (z. B. orthopädische Schienen, Rollstuhl, Hörgerät, Brille o. a.)?

☐ nein

☐ ja, vorhanden sind:

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt oder während der Schwangerschaft?

☐ nein

☐ ja, folgende:

Hat Ihr Kind eine andere chronische Erkrankung (z. B. Diabetes, Asthma, Allergie/n, ...)? ☐ nein

☐ ja, folgende:

Hatte Ihr Kind Operationen?

☐ nein

☐ ja, folgende:

Beindet sich Ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Trägt ihr Kind eine festsitzende Zahnsperre aus Metall?

☐ in Planung

☐ ja

☐ nein

⇒ Wann ist die Entfernung der Zahnsperre aus Metall geplant? _____

Hat Ihr Kind eine Ableitung des Hirnwassers (VP-Shunt)?

☐ nein

☐ ja, seit _____ (Monat/Jahr) und folgender Art (Bitte **Kopie des aktuellen Shunt-Ausweises** beifügen):

Hatte Ihr Kind mit diesem Shunt bereits eine MRT-Untersuchung?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind andere Implantate im Körper?

(Cochlea- Implantat, Paukenröhrchen (Metall? MRT-geeignet?) oder anderes?)

Bitte fügen Sie eine Kopie des Implantat-Ausweises oder den Bericht der Implantation bei.

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

☐ nein

☐ ja, GdB Wert: _____ Merkzeichen: ☐ „G“ ☐ „aG“ ☐ „B“ ☐ „Gl“ ☐ „H“ ☐ „Bl“ ☐ „TBl“

Ist ein Pflegegrad anerkannt?

☐ ja, folgender:

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ nein

Erhält Ihr Kind regelmäßig häusliche Krankenpflege?

☐ nein

☐ ja, in folgendem Umfang: ☐ _____ Stunden täglich

☐ _____ Stunden wöchentlich

Fragen zur Selbständigkeit Ihres Kindes:

Aktuell Größe/Gewicht des Kindes:

_____ cm _____ kg

Ist Ihr Kind in den täglichen Verrichtungen selbständig?

Essen:

☐ ja

☐ nein

☐ mit Vorbereitung/Anleitung

☐ per Sonde/PEG

Trinken:

☐ ja

☐ nein

☐ mit Unterstützung/Anleitung

☐ per Sonde/PEG

Welche Nahrung sondieren oder füttern Sie? (Sondenkost oder Babymilch (bitte genaue Angabe), pürierte Kost?

Laufen:

☐ ja

☐ nein

☐ teilweise

☐ Rollstuhl/Kinderwagen notwendig

An- und Ausziehen:

☐ ja

☐ nein

☐ mit Unterstützung/Anleitung

Waschen :

☐ ja

☐ nein

☐ mit Unterstützung/Anleitung

☐ umfass. Pflege notwendig

Toilettengang:

☐ ja

☐ nein

☐ teilweise

Braucht Ihr Kind eine Windel:

☐ ja

☐ nein

☐ tagsüber

☐ nachts

Fragen zum Entwicklungsstand:**Wie schätzen Sie den geistigen Entwicklungsstand Ihres Kindes ein?**
☐ altersgemäß

 ☐ entwicklungsverzögert

 ☐ lernbehindert

 ☐ geistig behindert

 findet sich in vertrauter Umgebung zurecht:
 findet sich in fremder Umgebung zurecht:

☐ ja ☐ teilweise ☐ **nein**
☐ ja ☐ teilweise ☐ **nein**

 kann sich sprachlich verständigen:
 kann einfache sprachliche Aufforderungen verstehen:

☐ ja ☐ teilweise ☐ **nein**
☐ ja ☐ teilweise ☐ **nein**
Gibt es Besonderheiten in Stimmung/Verhalten?

Lieblingsbeschäftigung/en Ihres Kindes:

Fragen zu Kindergarten/Schule:**Welche Einrichtungen (Kindergarten, Schule o. ä.) besucht Ihr Kind zurzeit?**
☐ Regelkindergarten ☐ Heilpädagogischer Kindergarten

 Regelschule: ☐ Grundschule ☐ Gesamtschule ☐ Sekundarschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium

 Integrationskind: ☐ nein ☐ ja

☐ Förderschule mit Schwerpunkt: _____

Name der Einrichtung:

Gruppe/Klasse:Ansprechpartner:

Straße/Nr.:

PLZ/Wohnort:



Gibt es besondere Probleme in Kindergarten, Schule, Freizeit, Familie?

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen Ihres Kindes:

Wer ist der zuständige Kinder- oder Hausarzt? (Name, Str., PLZ, Ort, Tel.):

In welchen Krankenhäusern/Kliniken/Instituten wurde Ihr Kind bisher wegen seiner Erkrankung, seiner Entwicklung oder seines Verhaltens untersucht oder behandelt?
(Kinderkliniken, Kindeneurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitation), Arztpraxen, Sozialpädiatrische Zentren, Psychologen, Ambulanzen)

Jahr/Jahre	Arzt/ Ärztin	Name des Krankenhauses	PLZ, Ort

Besonders wichtig sind für uns folgende Untersuchungen:

MRT Kopf: ☐ nein ☐ wann: _____, wo: _____

wann: _____, wo: _____

CT Kopf: ☐ nein ☐ ja, wann: _____, wo: _____

Bitte senden Sie uns die Untersuchungen vorab auf CD.

Genetische Untersuchungen: (Bitte senden Sie uns, wenn möglich, eine Kopie des Originalberichts!)

wann: _____, wo: _____

Hiermit wird bestätigt, dass alle Sorgeberechtigten mit einer Untersuchung und Behandlung in der Klinik Mara einverstanden sind.

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------



UNIVERSITÄTSKLINIKUM OWL

der Universität Bielefeld
Campus Bielefeld-Bethel

Krankenhaus Mara gGmbH
Maraweg 21 • 33617 Bielefeld

Ihre Ansprechpartner:

Dr. med. T. Polster | Dr. med. S. Axer-Schaefer | A. Herting
Abt. für Kinderepileptologie Kidron
Telefon: 0521 772-78810

Entbindung von der Schweigepflicht

Durch die nachfolgende Unterschrift erteilen die Eltern bzw. Sorgeberechtigten den Ärzten, Psychologen, Therapeuten und/oder Sozialarbeitern des Krankenhauses Mara, Abt. für Kinderepileptologie Kidron, die Erlaubnis, über

Name, Vorname des **Kindes** geb. am

wohnhaft: Straße, PLZ und Ort

bei vorbehandelnden Krankenhäusern/Kliniken, Arztpraxen, sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen Einrichtungen, schulpsychologischen Diensten, Psychologen, Psychiatern, Erziehungsberatungsstellen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten sowie Schulen/Schulämtern noch fehlende Informationen, Arztberichte, Befunde, Testberichte, Bildgebungen, einzuholen bzw. anzufordern.
Diese Entbindung von der Schweigepflicht erteilt:

☐ Mutter d. Kindes, Name:

☐ Vater d. Kindes, Name:

☐ Sorgeberechtigte Pers., Name:

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.

Evtl. Bemerkungen:

Datum Unterschrift

Bitte senden Sie eine Kopie des Masern-Impfschutzes zu.

KRANKENHAUS Mara

Universitätsklinik für Epileptologie
Epilepsie-Zentrum Bethel

Maraweg 21
33617 Bielefeld
Telefon 0521 772-701
Telefax 0521 772 77776
www.mara.de

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Christian G. Bien

Ltd. Oberärztin: Dr. Birgitt Müffelmann

Ambulante Anmeldung:
Telefon 0521 772-78860
Stationäre Anmeldung:
Kinder: Telefon 0521 772-78810
Erwachsene: Telefon 0521 772-78814

Abteilungen

- Mehrfacherkrankungen und Epilepsie
- Diagnostikstation und Epilepsiechirurgie
- Therapiestation mit Psychotherapie
- JEEP: Junge Erwachsene mit Epilepsie
- Kidron: Kinder- u. Jugendepileptologie
- Epilepsieambulanz
- MRT-Abteilung

Leitungen Bereich Erwachsene

Univ.-Prof. Dr. Christian Brandt, Ltd. Abtlg.-Arzt
Dr. Thomas Cloppenburg, oÄ Ltg. Prächirurgie
Dr. Ahmed Gaballa, Oberarzt
Gesa Hansen, Ltg. Sozialtherapeutische Dienste
Dr. Thilo Kalbhenn, Ltd. Arzt (NCh, EvKB)
Inga Miller, Therapeutische Leitung EP3
Zulfiya Mirzadjanova, Oberärztin
Dr. Markus Müller, Oberarzt
Dr. Lema Nergiz, Oberärztin
Dr. Anna Rada, Oberärztin
Dr. Tobias Redecker, Ltg. Psychologischer Dienst
Dr. Ulrich Specht, Oberarzt
Dr. Silke Vollbach, Oberärztin
Dr. Friedrich Wörmann, Ltd. Abtlg.-Arzt (MRT)

Leitungen Bereich Kinder- und Jugendepileptologie

Dr. Tilman Polster, Ltd. Arzt
Dr. Susanne Axer-Schaefer, Oberärztin
Dr. Thomas Cloppenburg, oÄ Ltg. Prächirurgie
Arne Herting, Oberarzt
Beate Jensen, Oberärztin

Rehabilitationsklinik (IK-Nr. 510573092)

Dr. Birgitt Müffelmann, Ltd. Ärztin
Dr. Markus Müller, Oberarzt

Krankenhaus Mara gGmbH
Sitz der Gesellschaft:
Kantensiek 11
33617 Bielefeld

Geschäftsführung
Dr. Matthias Ernst (Vorsitz)
Thorsten Kaatze

Amtsgericht Bielefeld
HRB 39136
Volksbank Bielefeld-Gütersloh
IBAN DE 35 4786 0125 3526 3089 01
BIC GENODEM1GTL

