

Datum:

A. Angaben Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum (tt/mm/jjjj):

Alter:

Geschlecht:

Straße:

PLZ:

Ort:

A1. Diagnosen

Diagnose Grunderkrankung einschließlich Unterform, z. B. klassische vs. milde Form (Akronyme und Abkürzungen erläutern)

ICD:

ORPHA:

Weitere Diagnosen, Komorbiditäten, Sekundärfolgen (Akronyme und Abkürzungen erläutern)

A2. Betreuende Einrichtung Pädiatrie

Anschrift einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

in Behandlung seit (tt/mm/jjjj): Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

A3. Weiterbehandelnde Einrichtung

Anschrift einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

A4. Weitere betreuende Fachrichtungen und Ansprechpartner (Pädiatrie und Weiterbehandler)

Anschrift 1 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 2 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 3 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 4 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Weitere Eingabemöglichkeiten zu A4 finden sich auf der Seite 9.

A5. Muttersprache, Sprachen

Sind ausreichende Deutschkenntnisse zum Verständnis
behandlungsrelevanter Informationen vorhanden?

Ja

Nein

A6. Familienstand / Kinder

ledig

verheiratet

Kinder:

Ja

Nein

A7. Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?

Ja

Nein

Wenn ja, GDB (20-100%):

Merkzeichen:

A8. Betreuung gemäß §1896 BGB

Ja

Nein

Wenn ja, Betreuerin/Betreuer:

A9. (angestrebte) Schulform / Schulabschluss

andere:

A10. Ausbildung / Studium

andere:

A11. Erwerbstätig?

Ja

Nein

A12. Angestrebter Beruf / ausgeübte Tätigkeit

A13. Familienanamnese (ggf. 3-Generationen Stammbaum)

B1. Diagnosestellung

Datum (tt/mm/jjjj):

Alter zur DX:

B2. Erstbehandelnde Einrichtung (falls anders als aktuell)**B3. Relevante Untersuchungsergebnisse bei Diagnose (z. B. Ultraschall, MRT, Röntgen, etc.)**

Datum (tt/mm/jjjj):

Untersuchung / Parameter

Ergebnis

B4. Weitere relevante Befunde bei Diagnosestellung**B5. Wurde eine genetische Untersuchung durchgeführt?**

Ja

Nein

Wenn ja, wann? (tt/mm/jjjj)

Molekulargenetische Untersuchungen:

Einzelgenanalyse

Panel

Exom

Zytogenetische Untersuchungen:

Chromosomenanalyse

Array CGH

Sonstige

Durchführendes Labor:

Genetische Beratung erfolgt?

Ja

Nein

Anmerkungen:

C1. Behandlungsbeginn

Datum (tt/mm/jjjj):

C2. Behandlung mit Datum (tt/mm/jjjj):

Therapie/Medikament	Wirkstoff	Dosis	Frequenz	Administrationsweg	Kommentar
---------------------	-----------	-------	----------	--------------------	-----------

C3. Im Krankheitsverlauf relevante Untersuchungsbefunde / Auffälligkeiten

Datum (tt/mm/jjjj)	Untersuchung / Ergebnis	Befund / Auffälligkeit
--------------------	-------------------------	------------------------

C4. Sonstige Behandlungen

Operationen:

Kur / Reha-Maßnahmen:

C5. Therapie / Therapieänderung im Verlauf

Datum (tt/mm/jjjj)	Therapie	Kommentar
--------------------	----------	-----------

D1. Aktuelle Therapie

Datum (tt/mm/jjjj):

Therapie/Medikament	Wirkstoff	Dosis	Frequenz	Administrationsweg	Kommentar
---------------------	-----------	-------	----------	--------------------	-----------

D2. Ist die Diagnose mit einem Risiko für krisenhafte Verschlechterung verbunden?

Ja Nein

D3. Notfall- / Behandlungsausweis liegt vor?

Ja für Krankheit nicht notwendig

D4. Psychosoziale Belastungsfaktoren / Besondere Lebensumstände

D5. Körperliche Untersuchung

Körpergröße (m): Körpergewicht (kg): Kopfumfang (cm):

BMI: KOF (m²): RR: s / d Herzfrequenz (s/m):

Körperlicher Zustand: gut reduziert (unten ausführen)

Anmerkungen:

E1. Gesundheitskompetenz

Ist eine Schulung im Rahmen der Transitionssprechstunden erfolgt?

Ja

Nein

Weiterhin bestehender Beratungs-/ Schulungsbedarf:

Geplante Vorstellung Weiterbehandler: Datum (tt/mm/jjjj)

F. Empfehlungen

F1. Empfehlungen zur weiteren Therapie

F2. Empfehlung zu regelmäßigen Untersuchungen in der Zukunft

Fachrichtung

Untersuchung

Frequenz

F3. Weitere Empfehlungen (z. B. Mitbehandler, Beratungen)

a) Arztbrief vom:

b) Kopie Wachstumskurve beigefügt: Ja Nein

c) genetische Befunde:

d) relevante Befunde:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Kontaktinformation:

Verantwortlich für die Erstellung der Epikrise:

Kontaktinformation:

A4. Weitere betreuende Fachrichtungen und Ansprechpartner (Pädiatrie und Weiterbehandler)

Anschrift 5 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 6 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 7 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 8 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 9 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

Anschrift 10 einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt: