Transitionsepikrise

TRANSLATE NAMSE

A. Angaben Patient

Datum:

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:

TRANSLATE NAMSE

A3. Weiterbehandelnde Einrichtung

Anschrift einschließlich Bezeichnung Spezialambulanz:

Verantwortliche(r) /Ärztin/Arzt:

A4. Weitere betreuende Fachrichtungen und Anspechpartner (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.

TRANSLATE NAMSE

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)

TRANSLATE NAMSE

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:

C. Behandlung

TRANSLATE NAMSE

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

D. Aktuelle Angaben

TRANSLATE NAMSE

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 (m^2): RR: s / d Herzfrequenz (s/m):

Körperlicher Zustand: ☐ gut ☐ reduziert (unten ausführen)

Anmerkungen:

E. Beurteilung

TRANSLATE NAMSE

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)

G. Anlagen

TRANSLATE NAMSE

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 Anspechpartner (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: