

Dr. med. Christian Stier
 Facharzt für
 Kinderheilkunde und
 Jugendmedizin,
 Neuropädiatrie,
 Kinderneurologie,
 Schwerpunktpraxis Epileptologie

Pappelstr. 93
 28199 Bremen
 Tel. 0421/592159
 Fax. 0421/592144
 E-Mail: praxis.dr.stier@web.de

Fragebogen vor neuropädiatrischer Untersuchung

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Betreuender Kinderarzt: _____

Anschrift d. Kinderarztes: _____

Beschreiben Sie die Probleme/Symptome Ihres Kindes genau:

Wann haben die Beschwerden begonnen? _____

Wie häufig sind die Beschwerden? _____

Waren Sie schon bei anderen Ärzten, welche Untersuchungen wurden dort durchgeführt?

Arzt	Art der Untersuchung	Ergebnis

Sollten bereits Untersuchungsergebnisse bzw. Arztbriefe vorliegen, bitte in Kopie beifügen

Wie wird Ihr Kind zurzeit behandelt (z.B. Medikamente, Krankengymnastik, Ergotherapie, Hörgerät etc.) und welche Behandlungen sind schon versucht worden? Bei Medikamenten bitte genaue Dosis angeben.

Art der Behandlung, wo durchgeführt	von/bis	Medikamentendosis

In welchem Alter konnte Ihr Kind folgende Dinge?

Krabbeln: _____

Laufen: _____

Sitzen: _____

Sprechen: _____

Stehen: _____

nachts/tags sauber: _____

**Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal folgende Erkrankungen oder Symptome?
(Wenn ja, seit wann, wie oft etc.)**

Erkrankungen	Jahr	Bemerkungen
Hirnhautentzündung		
Schädel-Hirn-Trauma		
Bewusstlosigkeit		
Fieberkrämpfe		
Epileptische Anfälle		
Probleme mit dem Sehen		
Probleme mit dem Hören		
Sprachstörung		
Gleichgewichtsprobleme		
Schwindel		
Kopfschmerzen		
Muskelschwäche		
Schlafstörungen		
Geistige oder körperliche Behinderung		
Probleme beim Wasserlassen		
Probleme beim Stuhlgang		
Herz-Lungen-Erkrankungen		
Magen-Darm-Erkrankungen		
Stoffwechselerkrankungen		
Psychische Erkrankungen		
Aufmerksamkeitsprobleme		
Hyperaktivität		
Verhaltensauffälligkeiten		
Allergien		
Zeckenbiss		
Sturz		
Sonstiges		

**Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?
Wenn ja, wann woran und wo?**

Ja

Nein

Gab es Probleme während der Schwangerschaft?
Welche?

Ja

Nein

Gab es Probleme während der Geburt (lt. U-Heft)?

Ja

Nein

Nach wie viel Schwangerschaftswochen ist Ihr Kind geboren? _____

Geburtsgewicht: _____ g

Länge: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

APGAR: ____ / ____ / ____

Nabelarterien-pH: _____

Gibt es Geschwister? Ja Nein. Wie viele? _____

Bruder oder Schwester? _____

Anmerkungen oder Auffälligkeiten _____

Vererbare Erkrankungen in der Familie (Geschwister des Kindes, Mutter und Vater,
Großeltern, Geschwister der Eltern)?

Angehöriger	Erkrankung

Besucht Ihr Kind:

Kindergarten integrativer Kindergarten

Schule Sonderschule

Spezialeinrichtung (z.B. Gehörlosenschule etc.) _____

Notieren Sie sich hier, was Sie mit dem Arzt besprechen möchten:

Die folgenden Fragen betreffen vor allem Kinder mit Krampfanfällen (Epilepsie), sollten jedoch prinzipiell von allen Eltern ausgefüllt werden.

Hatte Ihr Kind schon einmal folgende Zustände?

Zucken oder Steifwerden von Körperteilen oder
des ganzen Körpers

Ja

Nein

Kommt es zu Zuckungen in den Schultern oder Armen
Oder lässt das Kind plötzlich Gegenstände fallen

Ja

Nein

Hat das Kind Bewusstseinspausen, bei denen es plötzlich in einer Tätigkeit inne hält?

Ja

Nein

Gibt es Zustände, bei denen das Kind plötzlich Kau-, Schmatz- oder Leckbewegungen macht oder Mit den Händen an sich herumnestelt

Ja

Nein

Fokale Anfälle (z.B. nur Zucken einer Hand)
Oder Grand-mal-Anfälle (Zuckungen des ganzen Körpers)

Ja

Nein

Beschreiben Sie einen typischen Anfall Ihres Kindes:

**Merkt Ihr Kind, dass ein Anfall kommt?
Wann hatte Ihr Kind den ersten Anfall
und wie sah dieser aus?**

Ja

Nein

**Ist das Kind während des Anfalls ansprechbar?
Unter welchen Umständen kam es zum ersten
Anfall (z.B. Fieber, Unfall etc.)?**

Ja

Nein

Wie oft hat oder hatte das Kind die Anfälle? pro Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Wann hatte Ihr Kind den letzten Anfall? _____

Welche Epilepsie-Diagnose wurde gestellt (z.B. Absencen, fokale Epilepsie)?

Gibt es einen Grund für die Anfälle Ihres Kindes (frühere Hirnhautentzündung, Unfall etc.)?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zurzeit und in welcher Dosis?

Medikament	Dosierung

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!