

FRAGEBOGEN



Ihre Angaben helfen, uns einen Überblick über den Gesundheitszustand Ihres Kindes zu verschaffen und Ihnen so bei Ihrer Anfrage schnell Unterstützung und Hilfe zu geben. Sie unterstützen uns, indem Sie bitte daran denken, uns Veränderungen wie z.B. Operationen, Änderung der Einstufung beim GdB, u.ä. mitzuteilen. Gern können Sie uns auch Kopien der Arztberichte, Gutachten usw. senden.

Wir nehmen den Datenschutz sehr ernst, alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Ein Austausch mit anderen Eltern erfolgt nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch. Gleiches gilt für die Beantwortung Ihren Anfragen durch unsere Mitarbeiter bzw. ehrenamtlich tätigen Helfer unserer Elterninitiative. Ihrer Daten werden nicht an Krankenkassen, Klinikträger, Ärzte oder sonstigen Institutionen weitergegeben.

MITGLIED

Name

Vorname

geb. am Beruf

PLZ, Wohnort

Straße

Telefon Fax

E-Mail

Partner

Name

Vorname

geb. am Beruf

Herzkind Name und Geburtsdatum

Geschwister Namen und Geburtsdaten

Diagnose meines Kindes – gern können Sie eine Kopie der letzten Arztberichte beifügen –

War Ihnen der Herzfehler bereits vor Geburt des Kindes bekannt?

Operationen – bereits durchgeführt

welche Operation	in welcher Klinik	wann durchgeführt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gibt es Restbefunde nach erfolgter Operation? Wenn ja, welche?

Geplante Operationen

welche Operation	in welcher Klinik	wann geplant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hat Ihr Kind weitere Erkrankungen/Diagnosen oder Einschränkungen und wie werden diese behandelt?

Wie beurteilen Sie die Leistungsfähigkeit Ihres Kindes zum jetzigen Zeitpunkt?

normal gut sehr gut eingeschränkt sehr eingeschränkt

Welche Einschränkungen hat Ihr Kind im Alltag? z.B. unsicheres Laufen, vermehrtes Schwitzen nach normaler Belastung, schnelle Erschöpfung, Trinkschwäche (bei Säuglingen) u.ä.

Hat Ihr Kind Rhythmusstörungen? ja Art der Störung _____

Hat Ihr Kind einen Herzschrittmacher? ja Trägt Ihr Kind einen ICD (implant. Cardioverter) ja

Hat Ihr Kind eine Herzklappenprothese? Wenn ja, welche?

Autograft Homograft Xenograft
 mitwachsende Klappe mechanische Klappe

Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehinderten – Ausweis bzw. GdB _____

Merkmale H B G aG RF BL gültig bis _____

Wurde der Antrag auf SB-Ausweis bzw. Einstufung in einen GdB abgelehnt? Wann? _____

Beantragter GdB: _____ beantragte Merkzeichen: _____

Begründung der Ablehnung: _____

Wurde der GdB heruntergestuft?

Wann? _____ von: _____ auf: _____ gestrichene Merkzeichen: _____

Begründung: _____

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? _____

Bezieht Ihr Kind Leistungen aus der Pflegeversicherung? Wenn ja, in welchem Grad? _____

Wenn nicht, wurde ein Antrag gestellt oder abgelehnt?

Wann? _____ Beantragter Grad: _____

Begründung der Ablehnung: _____

Welche Medikamente benötigt Ihr Kind wegen des Herzfehlers regelmäßig?

darunter Medikamente, die die Krankenkasse nicht erstattet: _____

Ambulante kinder-kardiologische Betreuung (Name und Anschrift des Arztes)

Welche Einrichtung besucht Ihr herzkrankes Kind?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Kinderkrippe | <input type="checkbox"/> | integrativer Platz in der Kinderkrippe |
| <input type="checkbox"/> | Regelkindergarten | <input type="checkbox"/> | integrativer Platz im Regelkindergarten |
| <input type="checkbox"/> | heilpädagogischer Kindergarten, wenn ja, welcher Art? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | Regelschule (Grundschule, Hauptschule, Realschule oder Gymnasium) | | |
| <input type="checkbox"/> | Förderschulform, wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | Förderschule für körperliche Entwicklung |
| | | <input type="checkbox"/> | Förderschule für geistige Entwicklung |
| | | <input type="checkbox"/> | Sprachheilschule |
| | | <input type="checkbox"/> | andere: |

Ergänzungen:

Hat Ihr Kind Probleme in der besuchten Einrichtung?

ja nein

Wenn ja, bitte kurz schildern.

Haben Sie bei Ihrem Kind seelische Auswirkungen wie z.B. Nervosität, Konzentrationsstörungen oder Hyperaktivität beobachtet, die Sie mit seiner chronischen Erkrankung in Verbindung bringen?

ja nein

Wenn ja, welche Auffälligkeiten?

Hat / Hatte Ihr Kind Ernährungsprobleme?

ja nein

Wenn ja, hat Ihr Kind eine Sonde?

ja nein

Ist Ihr Kind besonders infektionsanfällig?

ja nein

Ist Ihr Kind geistig altersentsprechend entwickelt?

ja nein

Ist Ihr Kind körperlich altersentsprechend entwickelt?

ja nein

Wenn Ihr Kind nicht altersentsprechend entwickelt ist, erläutern Sie bitte die Defizite bzw. Entwicklungsverzögerungen

Müssen / Mußten bei Ihrem Kind therapeutische Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie usw.) durchgeführt werden?

Wenn ja, welche?

Wie lange ?

Welchen zusätzlichen Behandlungen erfährt Ihr Kind, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden, z.B. Reittherapie, Osteopathie, MCT-Diät u.ä.

In welchem Jahr und in welcher Klinik hat Ihr Kind/hat ihre Familie (FOR) an REHA-Maßnahmen teilgenommen?

Ist eine REHA-Maßnahme geplant oder abgelehnt worden? _____

Falls abgelehnt, mit welcher Begründung? _____

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel, z.B. Rollstuhl, Beatmungsgerät?

Wenn ja, welche?

Seit wann?

Halten Sie Ihre Familienstruktur durch das chronisch kranke Kind für besonders belastet?

Wenn ja, schildern Sie bitte kurz die Belastungen:

Hier ist Platz für Ihre Bemerkungen und/oder Ergänzungen die Sie uns mitteilen möchten

Bei welchen Anliegen können wir Sie unterstützen? Welche Anmerkungen und Wünsche haben Sie an den Verein?

Folgende Arztberichte füge ich bei:

Ich bin *grundsätzlich* damit einverstanden, daß meine Telefonnummer und/oder meine E- Mail-Adresse an andere betroffene Familien weitergegeben werden kann. Unabhängig von diesem generellen Einverständnis werden wir Sie vor jeder Weitergabe Ihrer Telefonnummer oder Mail- Adresse kontaktieren und um Ihre Zustimmung im konkreten Fall bitten.

ja

nein

Datum/ Unterschrift

Wir danken ganz herzlich für Ihr Vertrauen.

Senden Sie diesen ausgefüllten Fragebogen ggf. zusammen mit dem Mitgliedsantrag und Kopien der aktuellen Arztberichte an:

**HERZKIND e.V.
Husarenstr. 70
38102 Braunschweig**

**Tel: 0531 220 660
Fax: 0531 220 66 22
Mail: info@herzkind.de**

