



# FRAGEBOGEN

**HERZKIND e.V.**

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Ein Austausch mit anderen Eltern erfolgt nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch. Gleiches gilt für die Beratung bei etwa anstehenden Problemen durch unsere Mitarbeiter bzw. ehrenamtlich tätigen Helfer unserer Elterninitiative. Die Daten werden nicht etwa zu werblichen Zwecken verwendet, auch findet kein Austausch mit Klinikträgern, Krankenkassen oder sonstigen Institutionen statt.

**MITGLIED**

Name

Vorname

geb.am  Beruf

PLZ, Wohnort

Strasse

Telefon  Fax

E-Mail

**Partner**

Name

Vorname

geb. am  Beruf

**Herzkind** Name und Geburtsdatum

**Geschwister** Name und Geburtsdatum

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

**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"/>

**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"/>

**Kinderärztliche/ kinderkardiologische Betreuung durch**

(Name und Anschrift des Arztes)

---



---



---

- Ist dieser Arzt ein :
- Kinderkardiologe in einem Krankenhaus
  - Kardiologe in einem Krankenhaus
  - Kinderkardiologe in einer Praxis
  - Kardiologe in einer Praxis
  - Internist, aber kein Kardiologe/Kinderkardiologe
  - Kinderarzt in einer Praxis
  - Hausarzt / Allgemeinmediziner
  - Arzt einer anderen Fachrichtung

**Hat Ihr Kind Rhythmusstörungen?** ja nein

Art der Störungen \_\_\_\_\_

Hat das Kind einen Herzschrittmacher?

 ja nein

Hat das Kind eine Herzklappenprothese ?

 ja nein

Wenn ja, welche ?

- Autograft
- Homograft
- Xenograft
- mechanische Klappe

**Hat Ihr Kind weitere Erkrankungen ?**


---



---



---

**Schwerbehinderten – Ausweis** \_\_\_\_\_ %  ja neinMerkmale  H  B  G  aG  RF  BL

wenn ja, gültig bis \_\_\_\_\_

**Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?**


---

**Bezieht Ihr Kind Leistungen aus der Pflegeversicherung?** ja nein

Wenn ja, in welcher Stufe? \_\_\_\_\_

Wenn nicht, wurde ein Antrag gestellt oder abgelehnt?

 ja nein**Welche Medikamente benötigt Ihr Kind regelmäßig ?**

- Blutverdünnende Medikamente/ Gerinnungshemmer, zb. Marcumar, Plavix,...
- Herzstimulierende Medikamente, zB. Digitoxin, Lanitop,...
- Beta - Blocker, zB. Atenolol, Beloc,...
- Blutdruck senkende Medikamente/ ACE – Hemmer, zB. Captopril, Enalapril
- Entwässernde Medikamente /Diuretika, zB. Furosemid, Lasix,..

- Schmerzmittel, wenn ja, welche ?
- andere:
- Mein Kind benötigt wegen des Herzfehlers keine Medikamente

### Welche Einrichtungen besucht Ihr herzkrankes Kind?

- Regelkindergarten
- integrativer Platz im Regelkindergarten
- Sonderkindergarten, wenn ja, welcher Art ?
- Regelschule (Grundschule, Hauptschule, Realschule oder Gymnasium)
- Sonderschulform, wenn ja, welche ?
- Förderschule für körperliche Entwicklung
  - Förderschule für geistige Entwicklung
  - Sprachheilschule
  - andere:

Ergänzungen:

---



---

Hat Ihr Kind Probleme in der besuchten Einrichtung ?  
Wenn ja, welche?

ja  nein

---



---

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 Störungen?

---



---

Hat / Hatte Ihr Kind **Ernährungsprobleme**?

ja  nein

Wenn ja, hat Ihr Kind eine Sonde?

ja  nein

Ist Ihr Kind **infektionsanfällig**?

ja  nein

Ist Ihr Kind **geistig altersentsprechend** entwickelt?

ja  nein

Ist Ihr Kind **körperlich altersentsprechend** entwickelt?

ja  nein

Wenn nein, bitte erläutern Sie die Defizite.

---



---



---



---

Müssen / Mußten bei Ihrem Kind **therapeutische Maßnahmen**

(z.B. Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie usw.) durchgeführt werden?

ja  nein

Wenn ja, welche?

Wie lange ?

---



---



---

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

Wenn ja, welche?

Seit wann?

---



---

Wie beurteilen Sie die **Leistungsfähigkeit** Ihres Kindes heute?

- normal    
  gut    
  sehr gut    
  eingeschränkt    
  sehr eingeschränkt

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

- ja    
  nein

Wenn ja, in welchen Bereichen?

---



---



---



---

Hier ist Platz für Ihre Bemerkungen und/oder Ergänzungen

---



---



---



---



---



---



---



---

Ich bin grundsätzlich damit einverstanden, dass meine Telefonnummer und/oder meine E- Mail-Adresse an andere betroffene Familien weitergegeben wird.

- ja    
  nein

Datum/ Unterschrift

---

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe.

Senden Sie diesen ausgefüllten Fragebogen zusammen mit dem Mitgliedsantrag an:

HERZKIND e.V.  
 Husarenstr. 70  
 38102 Braunschweig