



Projektgruppe
Nachsorgepass
Frühstart e.V.

Name

.....

.....

Geburtsdatum

.....



Nachsorgepass

Dieser Nachsorgepass ist
entstanden mit der freundlichen
Unterstützung von:



Lions Club
Norderstedt NEO



Lions Deutschland





MEDIZIN

Entlassung aus der Klinik

- » Perinataldaten
- » Entlassungsdaten
- » Heimmonitoring
- » Augenheilkunde
- » Neuropädiatrie

Fachärztliche Untersuchungen

- » Epilepsie
- » Gastroenterologie
- » Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- » Kardiologie
- » Kinderchirurgie
- » Neurochirurgie
- » Orthopädie
- » Urologie

- » Apparative Diagnostik
- » Krankenhausaufenthalte
- » Medikamente



NACHSORGE/THERAPIE

- » Teilhabeziele der Entwicklung
- » Nachsorge 1-6
- » Therapien/Beratung
- » Kontrolluntersuchungen



PERSÖNLICHES

Herausgeber:

Frühstart Elterninitiative für
Früh- und Risikogeborene Hamburg e.V.
Tel. (0 40) 18 18 87 30 38
Web www.fruehstart-hamburg.de
eMail mail@fruehstart-hamburg.de

Projektgruppe Nachsorgepass, Hamburg
Ute Götz | Natascha Golz | Christiane Stock
nachsorgepass@fruehstart-hamburg.de

Gestaltung: Anna Dölfel, Hamburg
www.progressive-projects.de

Wir bedanken uns für die fachliche Unterstützung:
Katharina Eglin, Dr. Christian Fricke, Uwe Thiede,
Dr. Axel von der Wense und Peggy Nitz

5. überarbeitete Auflage 2022

© 2022 Projektgruppe Nachsorgepass

Alle Rechte der "Projektgruppe Nachsorgepass" vorbehalten. Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der eigenen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Genehmigung der "Projektgruppe Nachsorgepass" unzulässig und strafbar.



ABKÜRZUNGS-/ FACHWÖRTERVERZEICHNIS

VORWORT

Liebe Ärzte und Therapeuten,

unser Wunsch ist es, dass Kliniken Frühgeborene (Richtwerte < 1.500g und < 32. SSW) und kranke Neugeborene, für die es sinnvoll ist, mit einem Nachsorgepass entlassen.

Liebe Eltern,

in Ihren Händen halten Sie den Nachsorgepass, der Ihnen und allen, die Ihr Kind betreuen, den Umgang miteinander erleichtern soll.

DER NACHSORGEPASS BESTEHT AUS DREI TEILEN	» MEDIZIN – ENTLASSUNG AUS DER KLINIK «	» MEDIZIN – FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN «
<p> MEDIZIN</p> <p> NACHSORGE/ THERAPIEN</p> <p> PERSÖNLICHES</p> <p>Die behandelnden Ärzte, Therapeuten, Erzieher und Lehrer können sich mit dem Nachsorgepass einen schnellen Überblick über den Gesundheitsverlauf und die Entwicklung des Kindes verschaffen und im Anschluss an die aktuelle Untersuchung bzw. Behandlung ihren Befund und die geplante Weiterbehandlung eintragen.</p> <p>Damit der Nachsorgepass eine Hilfe ist, sollte er zu allen Untersuchungen mitgenommen und ergänzt werden!</p>	<p>Zur Entlassung sollten alle notwendigen Eintragungen auf den Seiten</p> <ul style="list-style-type: none">» Perinataldaten» Entlassungsdaten» Augenheilkunde» Neuropädiatrie <p>und bei Bedarf auf den Seiten</p> <ul style="list-style-type: none">» Fachärztliche Untersuchungen» Therapien <p>vorgenommen werden.</p> <p>Die Seite Heimmonitoring füllt der aus dem Krankenhaus entlassende Arzt bei Bedarf aus. Es können ergänzende Hinweise des Gerätebetreuers hinzugefügt werden.</p>	<p>Neuropädiatrie: Mit neurologischen Befunden sind feststehende Störungen gemeint, die nur bei eindeutiger Diagnose anzugeben sind.</p> <p>Fachärztliche Untersuchungen: Wenn eine Erstuntersuchung bei einem Facharzt erfolgt, sollte dieser die entsprechend notwendigen Daten eintragen. Für häufige Folgeuntersuchungen einer Fachrichtung kann die Seite Kontrolluntersuchungen (Fortsetzung) benutzt werden. Die Seiten Fachärztliche Untersuchungen sind nur bei Bedarf auszufüllen.</p> <p>Auf der Seite Apparative Diagnostik sind nur die wegweisenden Befunde einzutragen.</p>
» NACHSORGE/ THERAPIEN «	VORTEILE	
<p>Die Teilhabeziele der Entwicklung sollten mit Datum und korrigiertem Alter eingetragen werden.</p> <p>Nachsorge 1-6: Es wurde bewusst auf eine enge Definition der Begriffe "normal" und "auffällig" verzichtet. Befunde, die für den Behandler "auffällig" sind, sollten gekennzeichnet und beschrieben werden. Entwicklungsquotienten sollten – wenn erhoben – angegeben werden.</p> <p>Für die Seite Therapie/Beratung gilt sinngemäß das Gleiche wie für die fachärztlichen Untersuchungen. Jede Fachrichtung sollte ein eigenes Blatt ausfüllen.</p>	<p>Jeder Behandler trägt nur seine eigenen Befunde/Untersuchungsergebnisse ein, muss also nur wenige Notizen machen, so dass die Pflege des Nachsorgepasses, die für betroffene Familien so wichtig ist, keinen größeren Aufwand bedeutet.</p> <p>Der Nachsorgepass vernetzt alle, die sich in unterschiedlichster Form mit dem Kind befassen und trägt zur Vermeidung von Doppelbehandlungen bei. Außerdem ist er sehr nützlich bei einer eventuellen Wiederaufnahme ins Krankenhaus.</p>	

Benötigen Sie zusätzliche Informationen oder haben Sie Fragen, dann wenden Sie sich bitte an uns:
nachsorgepass@fruehstart-hamburg.de



MEDIZIN



PERINATALDATEN

ENTBINDUNG

Schwangerschaftsverlauf /
Ursache der Frühgeburtlichkeit

Gravidität:

Parität:

inborn

nein ja

outborn

nein ja

Klinik:

Entbindungsart

Spontan Sectio VE

Sonstiges:

Errechneter Termin:

Schwangerschaftswoche:

RDS-Prophylaxe:

nein ja

Geburtsgewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Agpar-Wert:

Nabelschnur-pH:

Geburtskomplikationen

nein ja

Bemerkungen:

Asphyxie:

nein ja

Reanimation:

nein ja

angeborene Erkrankung/
Syndrom

nein ja

Bemerkungen:

BEATMUNG

Intubiert

nein ja

von:

 / /

bis:

 / /

Surfactantgabe

nein ja

Anzahl:

Pneumothorax

nein ja

Bemerkungen:

CPAP

nein ja

von:

 / /

bis:

 / /

O₂-Gabe

nein ja

von:

 / /

bis:

 / /

max. %:



KOMPLIKATIONEN

Bronchopulmonale Dysplasie	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
PDA	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Wenn ja:	Medikamentöser Verschluss <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
		Ligatur	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Sonstige Herzfehler	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Sepsis mit Erregernachweis	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Infektion antibiotisch behandelt	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Transfusionen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Konservenzahl:	<input type="text" value="00"/>	Sonstige Blutprodukte: <input type="text"/>
		Bemerkungen:	<input type="text"/>	
NEC	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad:	<input type="text"/>	Bemerkungen: <input type="text"/>
		Stoma:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PVL	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
ICH	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad links:	<input type="text"/>	Bemerkungen: <input type="text"/>
		Grad rechts:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hydrocephalus Shuntversorgung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Neugeborenenkrämpfe	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
ROP	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Grad links:	<input type="text"/>	Bemerkungen: <input type="text"/>
		Grad rechts:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hörstörung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	links:	<input type="text"/>	Bemerkungen: <input type="text"/>
		rechts:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige schwere Komplikationen/Operationen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	<input type="text"/>	
			<input type="text"/>	



ENTLASSUNGSDATEN

Entlassungsdaten

Gewicht:

Länge:

Kopfumfang:

Ernährung

Muttermilch

Säuglingsnahrung

Art der Säuglingsnahrung:

Fütterung

Stillen

Flasche

Sonde

Stillhilfe

ad libitum

nein

ja

Wenn nein, Anzahl Mahlzeiten x Menge (ml):

Essverhalten

normal

auffällig

Bemerkungen:

OAE auslösbar

links: nein

ja

rechts: nein

ja

BERA/sonstige Hörprüfung

nein

ja

Befund links:

Befund rechts:

Krankengymnastik im Krankenhaus

nein

ja

Methode:

Krankengymnastik nach Entlassung empfohlen

nein

ja

Heimmonitoring

nein

ja

mit O₂-Versorgung entlassen

nein

ja

sozialmedizinische Nachsorge empfohlen

nein

ja

Nachsorgeeinrichtung:

Impfungen während des stationären Aufenthalts

6-fach Impfung: nein

ja

/ /

/ /

Pneumokokken: nein

ja

/ /

/ /

RSV nein

ja

/ /

/ /

..... / /

/ /

Medikamente bei der Entlassung

Vitamin D

Dosis:

Eisen

Dosis:

.....

Dosis:

.....

Dosis:

.....

Dosis:

Entlassendes Krankenhaus

Entlassungsdatum:

Stempel:



HEIMMONITORING

Indikation	Art:					
	durch:					
Monitor	Typ:					
	Hersteller:					
Geräteeinweisung	erfolgt durch:					
	Datum:					
Gerätebetreuung	durch:					
	Telefon:					
Reanimationstraining	erfolgt durch:					
	Datum:					
Alarmgrenzen	Atmung:		Herzfrequenz:		O ₂ -Sättigung:	

MONITOR-AUSWERTUNG

Datum:	Befund:	Auswerter:

Monitoring Ende	Datum:			
	Indikation:			



ENTLASSUNGSBEFUND

	rechts		links	
ROP schlechtester Augenbefund	ROP Grad:	<input type="text"/> / <input type="text"/>	ROP Grad:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Netzhaut voll ausgereift	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Therapie (Laser-/Kryotherapie)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> / <input type="text"/>
ROP Augenbefund bei Entlassung	ROP Grad:	<input type="text"/> / <input type="text"/>	ROP Grad:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Sonstiges	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund/Untersuchungsmodus Sehschulstatus, Funduskopie, Skiaskopie, Nystagmus, Okklusionstherapie, Operationen, Änderung der Brillenstärke etc.:	Kontrolle geplant am:



NEUROLOGISCHE BEFUNDE

Cerebralparese	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Epilepsie	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Wenn ja, siehe Blatt "Epilepsie"	
Psychomotorische Retardierung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mentale Retardierung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Schweregrad:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sprachentwicklungsstörung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sonstige neurologische Störungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/> <input type="text"/>

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund:	Kontrolle geplant am:
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



EPILEPSIE

EEG siehe Apparative Diagnostik

Erster Anfall / / Behandelnder Arzt:

Positive Familienanamnese nein ja Beschreibung:

Wenn ja: Eltern nein ja Beschreibung:

Geschwisterkinder nein ja Beschreibung:

Anfallsart Beschreibung:

MEDIKAMENTENGABE

Datum:	Wirkstoff/ Handelsname:	Dosis:	Spiegel (mg/l) am:	Komplikationen:
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ENTLASSUNGSBEFUND

Gedeihstörung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/>		
Essstörung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/>		
Resorptionsstörung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/>		
NEC	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Stadium:	<input type="text"/>		
Komplikationen (z.B. Kurzdarmsyndrom)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Beschreibung:	<input type="text"/>		
Ernährung	<input type="radio"/> Magensonde <input type="radio"/> Ernährungssonde	PEG-Sonde:	<input type="text"/>	Typ:	<input type="text"/>
Nahrung	<input type="text"/>				
Sonstiges	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund:	Kontrolle geplant am:
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE (HNO)

Datum Erstuntersuchung

/ /

Indikation

Four horizontal light green bars for entering the indication.

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):

Befund:

Kontrolle geplant am:

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund:	Kontrolle geplant am:



KINDERCHIRURGIE

Datum Erstuntersuchung

Indikation

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):

Befund:

Kontrolle geplant am:

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund:	Kontrolle geplant am:



NEUROCHIRURGIE

EEG siehe Apparative Diagnostik

ICH

links: nein ja Grad:

rechts: nein ja Grad:

Hydrocephalus

nein ja Ursache:

Shuntanlage

Art: / /

Hersteller: Ventildruck:

Shuntrevisionen

Art: / /

Hersteller: Ventildruck:

Art: / /

Hersteller: Ventildruck:

Art: / /

Hersteller: Ventildruck:

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund/EEG/MRT/OP/CT:	Kontrolle geplant am:
<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"/>
<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"/>



Datum Erstuntersuchung

Indikation

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):

Befund:

Kontrolle geplant am:

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund:	Kontrolle geplant am:



UROLOGIE

Datum Erstuntersuchung

/ /

Indikation

Four horizontal light green bars for entering the indication.

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):

Befund:

Kontrolle geplant am:

Datum, behandelnder Arzt (Stempel):	Befund:	Kontrolle geplant am:



APPARATIVE DIAGNOSTIK

Datum, Arzt/Krankenhaus (Stempel):

Untersuchung:

Organbereich:

Kurzresultat:

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]

[Empty box for date/doctor/hospital stamp]

- EEG
- EKG
- Sono
- Rö
- CT
- MRT

[Empty box for organ area]

[Empty box for short result]



THERAPIE / BERATUNG



TEILHABEZIELE DER ENTWICKLUNG

Bitte das korrigierte Alter angeben

MOTORIK

SPRACHE

SOZIALVERHALTEN

Greifen: Alter korr.:

Vokale: Alter korr.:

Lächeln (1 Monat): Alter korr.:

Rotation RL/BL: Alter korr.:

Konsonanten: Alter korr.:

Lächeln (3 Monate): Alter korr.:

Robben: Alter korr.:

Silben: Alter korr.:

Imitieren: Alter korr.:

freies Sitzen: Alter korr.:

Einzelworte: Alter korr.:

Körperteile erkennen: Alter korr.:

Krabbeln: Alter korr.:

Vollständige Sätze: Alter korr.:

allein essen: Alter korr.:

Stehen mit Festhalten: Alter korr.:

Sprachverständnis: Alter korr.:

Pinzettengriff: Alter korr.:

freies Laufen: Alter korr.:



ZUSAMMENFASSUNG

Muskeltonus normal hyperton hypoton dyston asymmetrisch

Grobmotorik normal auffällig Beschreibung:

Feinmotorik normal auffällig Beschreibung:

Essverhalten normal auffällig Beschreibung:

Schlafverhalten normal auffällig Beschreibung:

Sehfähigkeit normal auffällig Beschreibung:

Hörfähigkeit normal auffällig Beschreibung:

Verhalten normal auffällig Beschreibung:

Empfehlung



ZUSAMMENFASSUNG

Muskeltonus	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hyperton	<input type="radio"/> hypoton	<input type="radio"/> dyston	<input type="radio"/> asymmetrisch
Grobmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
Feinmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
Essverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
Schlafverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
Sehfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
Hörfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
Verhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	

ENTWICKLUNGSSTAND

Insgesamt	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
Motorik	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
Sprache	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
Sozialverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
Spielverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:	<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
Entwicklungstest	Art:	<input type="text"/>			
Empfehlung	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				



ZUSAMMENFASSUNG

Muskeltonus	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hyperton	<input type="radio"/> hypoton	<input type="radio"/> dyston	<input type="radio"/> asymmetrisch
Grobmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Feinmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Essverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Schlafverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sehfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Hörfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Verhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		

ENTWICKLUNGSSTAND

Insgesamt	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Motorik	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sprache	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sozialverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Spielverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Entwicklungstest	Art:				
Empfehlung					



ZUSAMMENFASSUNG

Muskeltonus	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hyperton	<input type="radio"/> hypoton	<input type="radio"/> dyston	<input type="radio"/> asymmetrisch
Grobmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Feinmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Essverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Schlafverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sehfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Hörfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Verhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		

ENTWICKLUNGSSTAND

Insgesamt	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Motorik	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sprache	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sozialverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Spielverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Entwicklungstest	Art:				
Empfehlung					



ZUSAMMENFASSUNG

Muskeltonus	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hyperton	<input type="radio"/> hypoton	<input type="radio"/> dyston	<input type="radio"/> asymmetrisch
Grobmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Feinmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Essverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Schlafverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sehfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Hörfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Verhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		

ENTWICKLUNGSSTAND

Insgesamt	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Motorik	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sprache	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sozialverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Spielverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Entwicklungstest	Art:				
Empfehlung					



ZUSAMMENFASSUNG

Muskeltonus	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hyperton	<input type="radio"/> hypoton	<input type="radio"/> dyston	<input type="radio"/> asymmetrisch
Grobmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Feinmotorik	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Essverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Schlafverhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sehfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Hörfähigkeit	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Verhalten	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		

ENTWICKLUNGSSTAND

Insgesamt	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Motorik	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sprache	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Sozialverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Spielverhalten	<input type="radio"/> altersentsprechend	<input type="radio"/> auffällig	Beschreibung:		
Entwicklungstest	Art:				
Empfehlung					



THERAPIE/BERATUNG

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Päd. Frühförderung
- Logopädie
- Sozialpäd. Zentrum
- Still-/Ernährungsberatung
-

Datum Erstuntersuchung

Anlass der Therapie/Beratung

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN *Bitte bei Therapieänderung, Therapeutenwechsel oder Beendigung der Therapie ausfüllen*

Datum, Therapeut (Stempel):	Fähigkeiten/Befund/Entwicklungsstand:	Therapieform/Schwerpunkte in der Behandlung:
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/>



THERAPIE/BERATUNG

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Päd. Frühförderung
- Logopädie
- Sozialpäd. Zentrum
- Still-/Ernährungsberatung
-

Datum Erstuntersuchung

Anlass der Therapie/Beratung

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN Bitte bei Therapieänderung, Therapeutenwechsel oder Beendigung der Therapie ausfüllen

Datum, Therapeut (Stempel):	Fähigkeiten/Befund/Entwicklungsstand:	Therapieform/Schwerpunkte in der Behandlung:



THERAPIE/BERATUNG

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Päd. Frühförderung
- Logopädie
- Sozialpäd. Zentrum
- Still-/Ernährungsberatung
-

Datum Erstuntersuchung

Anlass der Therapie/Beratung

KONTROLLUNTERSUCHUNGEN Bitte bei Therapieänderung, Therapeutenwechsel oder Beendigung der Therapie ausfüllen

Datum, Therapeut (Stempel):	Fähigkeiten/Befund/Entwicklungsstand:	Therapieform/Schwerpunkte in der Behandlung:



PERSÖNLICHES



PERSÖNLICHES

PERSÖNLICHE DATEN

Adresse	Straße, Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
	Telefon:	<input type="text"/>		
Geschwister	Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
	Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
	Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>

SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS

Schwerbehindertenausweis	gültig bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	GdB:	<input type="text"/>	Merkzeichen:	<input type="text"/>
	gültig bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	GdB:	<input type="text"/>	Merkzeichen:	<input type="text"/>
	gültig bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	GdB:	<input type="text"/>	Merkzeichen:	<input type="text"/>

PFLEGEVERSICHERUNG

Pflegegrad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ab (Datum)	<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"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

TAGESMUTTER

Name/Anschrift	<input type="text"/>	von:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Name/Anschrift	<input type="text"/>	von:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

KINDERGARTEN/KINDERTAGESSTÄTTE

Name/Anschrift	<input type="text"/>	von:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Name/Anschrift	<input type="text"/>	von:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

SCHULE/SCHULART

Name/Anschrift	<input type="text"/>	von:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Name/Anschrift	<input type="text"/>	von:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	bis:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>



ABKÜRZUNGS-/ FACHWÖRTERVERZEICHNIS



ABKÜRZUNGS-/FACHWÖRTERVERZEICHNIS

ad libitum	nach Belieben
Agpar-Wert	Zustandswert direkt nach der Geburt (1 - 10 min.)
ASD	Atriumseptumdefekt (angeborenes Loch in der Scheidewand zwischen beiden Vorhöfen)
asymmetrisch	ungleichmäßig
Asphyxie	Sauerstoffmangel, Minderdurchblutung vor/während oder nach der Geburt
BERA	Erweiterte Hörprüfung
BL	Bauchlage
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie (Beatmungslunge)
Cerebralparese	spastische Lähmung
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (Atemhilfe)
CT	Computer Tomographie
Ductus Botalli	Verbindung zwischen Lungenschlagader und Aorta
Dystonie	Störung des normalen Spannungszustands des Muskels
EEG	Elektroenzephalogramm (Ableitung von Hirnstromkurven)
EKG	Elektrokardiogramm (Ableitung von Herzstromkurven)
Endokarditisprophylaxe	Maßnahmen zur Vorbeugung gegen die Entzündung der Herzinnenhaut
Epilepsie	wiederholte Krampfanfälle
Funduskopie	Spiegelung des Augenhintergrundes
Gastroenterologie	Lehre vom Magendarmtrakt und seinen Erkrankungen
GdB	Grad der Behinderung
Gravidität(en)	Schwangerschaft(en)
Hydrocephalus	umgangssprachlich "Wasserkopf"
hypertone Muskulatur	gesteigerte Muskelspannung
hypotone Muskulatur	geminderte Muskelspannung
ICH	Intra Cranial Hemorrhage (Hirnblutung)
inborn	in behandelnder Klinik geboren
Intubation	Legung eines Schlauches in die Luftröhre, über den beatmet werden kann
intubiert	umgangssprachlich „beatmet“
Kardiologie	Lehre vom Herzen und seinen Erkrankungen
Kryotherapie	Behandlung mit Kälte
Lasertherapie	Behandlung mit Licht
Ligatur	operative Unterbindung
Mentale Retardierung	Verzögerung der geistigen Entwicklung
MRT	Magnet Resonanz Tomografie (Kernspintomografie)
Nabelschnur-pH	Säuregehalt im Nabelschnurblut
NEC	Nekrotisierende Entero Colitis (Darmentzündung)
Neuropädiatrie	Lehre/Behandlung von Nervenkrankheiten bei Kindern
Nystagmus	unkontrolliertes Augenzittern
O₂	Sauerstoff
OAE	Oto Akustische Emissionsprüfung (Hörprüfung)
Okklusionstherapie	Abkleben eines Auges
outborn	außerhalb der jetzt behandelnden Klinik geboren
Parität(en)	Geburt(en)
PDA	Persistierender Ductus Arteriosus (offener Ductus Botalli)
PEG	künstliche Ernährung durch die Bauchdecke
PEG-Sonde	Hilfe zur künstlichen Ernährung
Periphere Pulmonalstenose	meist angeborene Einengung der Ausflussbahn von der rechten Herzkammer zur Lungenschlagader
PFO	Persistierendes Foramen Ovale (natürliches Loch in der Vorhofscheidewand, das sich nach der Geburt unvollständig oder gar nicht geschlossen hat)
Phototherapie	Lichttherapie zur Behandlung von Neugeborenenengelbsucht
Pneumokokken	Bakterien, die schwere Infektionen verursachen
Pneumothorax	Luft zwischen Lunge und Brustkorb
Psychomotorische Retardierung	Verzögerung der psychischen und/oder motorischen Entwicklung
PVL	Periventriculäre Leukomalazie (Gewebeschaden im Gehirn)
RDS-Prophylaxe	Respiratory Distress Syndrom-Prophylaxe (Vorbeugung gegen Atemnotsyndrom)
Reanimation	Wiederbelebung
Resorptionsstörung	Störung der Aufnahme eines Stoffes
RL	Rückenlage
ROP	Retinopathy of Prematurity (Netzhautschädigung)
RÖ	Röntgen
RSV	Respiratory Syncytial Virus (Auslöser von viralen Atemwegsinfektionen bei Säuglingen und Kindern)
Sectio	Kaiserschnitt
Sepsis	umgangssprachlich "Blutvergiftung"
Shuntrevision	Shunterneuerung
Shuntversorgung bei Hydrocephalus	Ableitung der übermäßig gebildeten Flüssigkeit aus den Hirnkammern in die freie Bauchhöhle
Skioskopie	Untersuchung zur Bestimmung des Sehvermögens
Sono	Ultraschalluntersuchung
Stoma	operativ gelegter künstlicher Darmausgang
Surfactant	Gabe von oberflächenaktivem Stoff in die Lunge
VE	Vakuumentraktion (Saugglockengeburt)
VSD	Ventrikelseptumdefekt (Loch in der Wand zwischen den Herzkammern)
Transfusion	Übertragung von Blut, Blutersatzlösungen oder anderen Flüssigkeiten in die Vene
6-fach-Impfung	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Polio, Hib, Hepatitis B

