Erstanmeldung einer MRT- Untersuchung in Sedierung für Kinder am Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

(per Fax an 06232-221355)

Datum _____

Anmeldung durch ☒ Arzt ☐ Eltern ☐ andere

Vor- und Nachname des Kindes _____

Geb.-Datum _____ Versicherung ☐ gesetzlich ☐ privat

Straße/ Nr. _____ Telefonnummer: _____

PLZ, Ort _____

Kindergarten-, Beschulung

☐ Regeleinrichtung / Klasse ☐ Sondereinrichtung

☐ Integrationsmaßnahmen ☐ Sonstige: _____

Anstoß der Untersuchung durch

☐ Eltern ☐ Kinderarzt ☐ Kindergarten ☐ Therapeut ☐ andere

Fragestellung des überweisenden Arztes und Grund der Vorstellung
(bitte genaue Symptome, wie häufig, Diagnosen)

Symptome seit: _____ ☐ gleichbleibend/stabil ☐ progredient

Dringlichkeit der Untersuchung: ☐ elektiv ☐ dringlich

Andere schon befasste Fachleute/ Einrichtungen ☐ ja ☐ nein

(Bitte falls vorhanden Arztbriefe, Therapeutenberichte oder Vorbefunde beilegen)

Therapien/Fördermaßnahmen

☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Frühförderung

Medikamente: _____

Bestehen individuell besondere Risiken für eine tiefe Sedierung?

☐ Tonusstörung ☐ Sekretprobleme ☐ OSAS ☐ Pathol. Lungenfunktion

☐ Arzneimittelreaktionen ☐ Zahnspange ☐ Shunt

Rückrufnummer / Anmerkungen