

Protokoll - SOP Gyn 1-2

Zeitraum: Gyn 1 11+0 bis 13+6 SSW / Gyn 2 11+0 bis 16+0 SSW

#INNOVATIONSFONDS
projekt
feto/neonataler
pfad

Nachname Patientin:
Vorname Patientin:
Krankenkasse:
Postleitzahl:
Datum der Vorstellung:
SSW (Woche + Tag): ____ + ____

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:

Stempel

*Die markierten Felder sind bei Patienten, die zu einem späteren Zeitpunkt in den Pfad aufgenommen werden, auszufüllen.

*Datum Risikofeststellung in Routineversorgung: ____ . ____ . ____
*Errechneter Entbindungstermin: ____ . ____ . ____
Gewicht Patientin: ____ , ____ kg
*Gewicht vor der Schwangerschaft: ____ , ____ kg
*Körpergröße Patientin: ____ cm
*Mehrlingsschwangerschaft: Ja Nein
Wenn ja, Anzahl Feten: 2 3

*Grund für den Einschluss in den Pfad:

- V. a. FWR
 V. a. Präeklampsie
 V. a. Plazentainsuffizienz
 Anamnestisch Screen-positiv (bitte mind. 1 Kriterium ankreuzen)
- Alter über 35 Jahre
 - Nikotinabusus
 - Präeklampsie bei Mutter der Patientin
 - Z.n. Präeklampsie
 - Z.n. FWR
 - Z.n. Spontanabort
 - Chronische Hypertonie
 - Diabetes Typ 1
 - Diabetes Typ 2
 - Anti-Phospholipid-Syndrom
 - Systemischer Lupus erythematodes
 - Nullipara (keine Geburt \geq 24 SSW)
 - Konzeptionsmethode:
 - Spontan
 - Ovulationsmedikament
 - In-vitro Fertilisation

*Ethnizität Patientin nach FMF London:

- Mixed White
 Black East Asian
 South Asian

Blutdruck linker Arm

1. Messung: Systole/Diastole: ____ / ____ mmHg
2. Messung: Systole/Diastole: ____ / ____ mmHg

Blutdruck rechter Arm

1. Messung: Systole/Diastole: ____ / ____ mmHg
2. Messung: Systole/Diastole: ____ / ____ mmHg

MAP: ____ mmHg

MoM: ____ mmHg

PAPP-A MoM: ____ , ____

und / oder

PIGF MoM: ____ , ____

PI der A. uterina links|rechts: ____ , ____ | ____ , ____

Mittelwert: ____ , ____

MoM: ____ , ____

Scheitel-Steiß-Länge: ____ mm

Präeklampsie-Risiko nach FMF London (Cut-off \geq 1:150 vor 37+0 SSW):

1: ____

IUGR-Risiko nach FMF London (Cut-off \geq 1:150 vor 37+0 SSW):

1: ____

ASS indiziert: Ja Nein

Wenn nein, Begründung:

Unerwartetes Ereignis: Ja Nein

- Wenn ja, welches:
- Fehlbildung
 - Plazenta-Pathologie
 - Abort / IUFT
 -

Weiterbetreuung im Pfad: Ja Nein

Wenn ja, nächster Termin: ____ . ____ . ____

- Wenn nein, Grund:
- Widerruf
 - Wechsel in Routineversorgung
 - Wechsel in nicht-teilnehmende Krankenkasse
 - Abort / IUFT
 -

Protokoll - SOP Gyn 3

Zeitraum: 19+0 bis 22+6 SSW

Nachname Patientin:
Vorname Patientin:
Krankenkasse:
Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____
Neuaufnahme in den Pfad: Ja Nein
Korrektur der SSW: Ja Nein
aktuelle SSW (Woche + Tag): ____ + ____

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:



Stempel

*Bitte füllen Sie bei einer Neuaufnahme in den Pfad zusätzlich die markierten Felder des Protokolls für die SOP Gyn1/2 aus.

Gewicht Patientin: ____ , ____ kg
Blutdruck (Systole/Diastole): ____ / ____ mmHg
Mehrlingsschwangerschaft: Ja Nein
Wenn ja, Anzahl Feten: 2 3

ASS-Einnahme begonnen: Ja Nein
Wenn ja, seit wann: ____ . ____ . ____
Regelmäßige Einnahme: Ja Nein
(150 mg / Tag)

Fetal Biometrie (bei Mehrlingen Angaben je Fetus):

	Fetus 1	Fetus 2	Fetus 3
Kopfumfang:	_____ mm	_____ mm	_____ mm
Perzentile	____ %	____ %	____ %
Abdominalumfang:	_____ mm	_____ mm	_____ mm
Perzentile	____ %	____ %	____ %
Femurlänge:	_____ mm	_____ mm	_____ mm
Perzentile	____ %	____ %	____ %
Schätzwert:	_____ g	_____ g	_____ g
Perzentile	____ %	____ %	____ %

Lungenreifeinduktion erfolgt: Ja Nein
Wenn ja, Datum 1. Gabe: ____ . ____ . ____

Unerwartetes Ereignis: Ja Nein
Wenn ja, welches:
 Fehlbildung
 Plazenta-Pathologie
 Abort / IUFT

Stationäre Aufnahme auf Grund der Untersuchung:
 Ja Nein

PI der A. uterina links: ____ , ____
PI der A. uterina rechts: ____ , ____
PI der A. uterina mean: ____ , ____

PI der A. umbilicalis: ____ , ____
A. umbilicalis Perzentile: ____ %

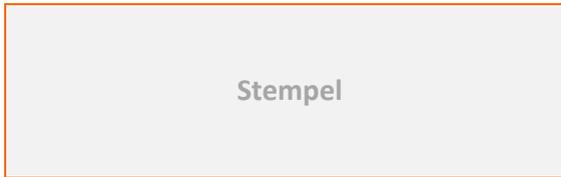
Weiterbetreuung im Pfad: Ja Nein
Wenn ja, nächster Termin: ____ . ____ . ____
Wenn nein, Grund:
 Widerruf
 Wechsel in Routineversorgung
 Wechsel in nicht-teilnehmende
 Krankenkasse
 Abort / IUFT

Protokoll - SOP Gyn 4 / 5 / 6

Zeitraum: 24+0 SSW / 28+0 SSW / 32+0 SSW
(bzw. 4 Wochen nach der vorangegangenen Untersuchung im Pfad)

Protokoll SOP Gyn: 4 5 6
 Nachname Patientin:
 Vorname Patientin:
 Krankenkasse:
 Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____
 Neuaufnahme in den Pfad: Ja Nein
 Korrektur der SSW: Ja Nein
 aktuelle SSW (Woche + Tag): ____ + ____

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:



*Bitte füllen Sie bei einer Neuaufnahme in den Pfad zusätzlich die markierten Felder des Protokolls für die SOP Gyn1/2 aus.

Gewicht Patientin: ____ , ____ kg
 Blutdruck (Systole/Diastole): ____ / ____ mmHg
 Mehrlingsschwangerschaft: Ja Nein
 Wenn ja, Anzahl Feten: 2 3

Fetal Biometrie (bei Mehrlingen Angaben je Fetus):

	Fetus 1	Fetus 2	Fetus 3
Kopfumfang:	_____ mm	_____ mm	_____ mm
Perzentile	_____ %	_____ %	_____ %
Abdominalumfang:	_____ mm	_____ mm	_____ mm
Perzentile	_____ %	_____ %	_____ %
Femurlänge:	_____ mm	_____ mm	_____ mm
Perzentile	_____ %	_____ %	_____ %
Schätzwicht:	_____ g	_____ g	_____ g
Perzentile	_____ %	_____ %	_____ %

Abnahme Proteinurie erfolgt: Ja Nein
 Unauffällig Auffällig

HELLP-Labor: erfolgt nicht erfolgt

	nicht bestimmt / unauffällig	Auffällig, dann bitte Wert eintragen
Thrombozyten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____ Gpt/L
ALAT:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> __ , __ μmol/(s*L)
ASAT:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> __ , __ μmol/(s*L)
gGT:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> __ , __ μmol/(s*L)
LDH:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> __ , __ μmol/(s*L)
D-Dimere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____ ng/mL FEU
CRP:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____ mg/L
Haptoglobin:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> __ , __ g/L

PI der A. uterina links: ____ , ____
 PI der A. uterina rechts: ____ , ____
 PI der A. uterina mean: ____ , ____
 PI der A. umbilicalis: ____ , ____
 A. umbilicalis Perzentile: ____ %
 PI des Ductus venosus: ____ , ____
 PI des ACM: ____ , ____
 PS des ACM: ____ , ____

Stationäre Aufnahme auf Grund der Untersuchung:

Ja Nein

ASS-Einnahme erfolgt: Ja Nein

Einnahme erfolgt regelmäßig: Ja Nein
(150 mg / Tag)

Lungenreifeinduktion erfolgt: Ja Nein

Wenn ja, Datum 1. Gabe: ____ . ____ . ____

Unerwartetes Ereignis: Ja Nein

Wenn ja, welches: Fehlbildung
 Plazenta-Pathologie
 Abort / IUFT

Weiterbetreuung im Pfad: Ja Nein

Wenn ja, nächster Termin: ____ . ____ . ____

Wenn nein, Grund: Widerruf
 Wechsel in Routineversorgung
 Wechsel in nicht-teilnehmende
 Krankenkasse
 Abort / IUFT

Protokoll - SOP Gyn 7

Zeitraum: 36. SSW bzw. 4 Wochen nach der letzten Untersuchung im Pfad

Nachname Patientin:
Vorname Patientin:
Krankenkasse:
Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____
SSW (Woche + Tag): ____ + ____

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:



Neuaufnahme in den Pfad? Ja Nein

*Bitte füllen Sie bei einer Neuaufnahme in den Pfad zusätzlich die markierten Felder des Protokolls für die SOP Gyn1/2 aus.

Gewicht Patientin: ____ , ____ kg
Blutdruck (Systole/Diastole): ____ / ____ mmHg
Mehrlingsschwangerschaft: Ja Nein
Wenn ja, Anzahl Feten: 2 3

PI der A. uterina links: __ , __
PI der A. uterina rechts: __ , __
PI der A. uterina mean: __ , __
PI der A. umbilicalis: __ , __
A. umbilicalis Perzentile: __ %
PI des ACM: __ , __
Cerebro-Plazentare Ratio:
(PI ACM / PI A umbilicalis) __ , __

Fetal Biometrie (bei Mehrlingen Angaben je Fetus):

	Fetus 1	Fetus 2	Fetus 3
Kopfumfang:	____ mm	____ mm	____ mm
Perzentile	____ %	____ %	____ %
Abdominalumfang:	____ mm	____ mm	____ mm
Perzentile	____ %	____ %	____ %
Femurlänge:	____ mm	____ mm	____ mm
Perzentile	____ %	____ %	____ %
Schätzwicht:	____ g	____ g	____ g
Perzentile	____ %	____ %	____ %

Stationäre Aufnahme auf Grund der Untersuchung:

Ja Nein

ASS-Einnahme begonnen: Ja Nein

Einnahme erfolgt regelmäßig: Ja Nein
(150 mg / Tag)

Lungenreifeinduktion erfolgt: Ja Nein

Wenn ja, Datum 1. Gabe: ____ . ____ . ____

Unerwartetes Ereignis: Ja Nein

Wenn ja, welches: Fehlbildung
 Plazenta-Pathologie
 Abort / IUFT

Single Deepest Pocket Fruchtwasser ____ , ____ cm

Abnahme Proteinurie erfolgt: Ja Nein

Wenn ja, Unauffällig Auffällig

HELLP-Labor: erfolgt nicht erfolgt

nicht bestimmt /
unauffällig Auffällig, dann bitte Wert eintragen

Thrombozyten: ____ Gpt/L
ALAT: __ , __ μmol/(s*L)
ASAT: __ , __ μmol/(s*L)
gGT: __ , __ μmol/(s*L)
LDH: __ , __ μmol/(s*L)
D-Dimere: ____ ng/mL FEU
CRP: ____ mg/L
Haptoglobin: __ , __ g/L

Weiterbetreuung im Pfad: Ja Nein

Vorauss. Entbindungsklinik:

Wenn nein, Grund: Widerruf
 Wechsel in Routineversorgung
 Wechsel in nicht-teilnehmende
Krankenkasse
 Abort / IUFT

Protokoll - SOP Neo 1

Zeitraum: Pränatal und erste 14 Lebenstage post natum

Dieses Protokoll ist bei Mehrlingen jeweils pro Kind auszufüllen

Name Kind:
Vorname Kind:
Krankenkasse Kind:
Durchführendes Zentrum:
Erfassungsdatum: ____ . ____ . ____

Name der Mutter:
Vorname der Mutter:

Bonding Kreißsaal (> 20 min): Ja Nein
Wenn nein, Grund: Kind zu instabil
 Mutter in Intubationsnarkose
 Mutter zu instabil
 keine Kapazität des neonatologischen Teams

Pränatales Neonatologie-Gespräch in den letzten 7 Tagen erfolgt:
 Ja Nein

Pränatales Psychosoziales Gespräch in den letzten 7 Tagen erfolgt:
 Ja Nein

Pränatales Stillgespräch innerhalb der letzten 7 Tage vor Entbindung:
 Ja Nein

Erstes manuell-differenziertes Blutbild (innerhalb der ersten 24 Lebensstunden)

Thrombozyten: ____ , ____ Gpt/L
Hämatokrit: ____ , ____
Leukozyten: ____ , ____ Gpt/L
I/T-Ratio: ____ , ____
Erstes (kindliches) Laktat in den ersten sechs Lebensstunden:
____ , ____ mmol/l
Nabelarterien-pH: ____ , ____
Nabelarterien-BE: ____ mmol/l
Nabelarterien-Laktat: ____ , ____ mmol/l
Aufnahme-Temperatur: ____ , ____ °C

Bonding

Lebenstag:	Dauer pro Tag:	Häufigkeit pro Tag:
0	____ min	____
1	____ min	____
2	____ min	____
3	____ min	____
4	____ min	____
5	____ min	____
6	____ min	____
7	____ min	____
8	____ min	____
9	____ min	____
10	____ min	____
11	____ min	____
12	____ min	____
13	____ min	____

Minimales Körpergewicht innerhalb der Lebenstage 0-13:
____ Lebenstag

Dauer bis zur komplett enteralen Ernährung (1. Lebenstag, an dem zum dritten Mal in Folge > 140 ml/kg/d verabreicht wurden):
____ Lebenstag

Dauer bis kein peripherer IV-Zugang (Lebenstag, an dem der IV-Zugang entfernt und in den folgenden 48h nicht erneut angelegt wurde):
____ Lebenstag

Gesamtdauer antibiotischer Therapie während der ersten 14 Lebenstage (ohne Ureaplasmen-Therapie):
____ Tag/e

Anteil enteraler Nahrung an der Gesamtflüssigkeit an Tag 7:
____ %

Anteil Muttermilch an der gesamten enteralen Nahrung an Tag 7:
____ %

Anteil Muttermilch an der gesamten enteralen Nahrung an Tag 14:
____ %

Weiterbetreuung im Pfad: Ja Nein
Wenn nein, Grund: Widerruf
 Wechsel in Routineversorgung
 Wechsel in nicht-teilnehmende Krankenkasse
 Kind verstorben am: ____ . ____ . ____

Protokoll - SOP Neo 2

Zeitraum: ab 14 Tage vor stationärer Entlassung

#INNOVATIONSFONDS
projekt
feto/neonataler
pfad

Dieses Protokoll ist bei Mehrlingen jeweils pro Kind auszufüllen

Name Kind:
Vorname Kind:
Krankenkasse Kind:
Durchführendes Zentrum:
Erfassungsdatum: ____ . ____ . ____

Name der Mutter:
Vorname der Mutter:

Datum der Entlassung: ____ . ____ . ____

Entlassungsziel: Nach Hause
 Rehaklinik
 Andere Klinik

Datum der Ernährungsgespräche je 20 min (mind. 5 Gespräche):

1. ____ . ____ . ____
2. ____ . ____ . ____
3. ____ . ____ . ____
4. ____ . ____ . ____
5. ____ . ____ . ____
6. ____ . ____ . ____
7. ____ . ____ . ____
8. ____ . ____ . ____

Datum der postnatalen Feto-Neonatalen Board-Meetings:

1. ____ . ____ . ____
2. ____ . ____ . ____
3. ____ . ____ . ____
4. ____ . ____ . ____

Nekrotisierende Enterokolitis: Ja Nein
Wenn ja: Konservativ behandelt
 Chirurgisch behandelt

Fokale intestinale Perforation: Ja Nein

Bronchopulmonale Dysplasie: Ja Nein
(O2-Bedarf mit korr. 36+0 SSW)

Therapiepflichtige ROP: Ja Nein

Chirurgische Liquor-Ableitung: Ja Nein

IVH vorhanden: Ja Nein

Wenn zutreffend, beidseits: Ja Nein

max. Grad: 1 2 3 4

Wiedererreichen des Geburtsgewichtes bzw. erstmalig über dem

Geburtsgewicht: _____
_____ Lebenstag

Erreichen bzw. erstmaliges Überschreiten von 120% des

Geburtsgewichtes: _____
_____ Lebenstag

Gewicht zur Entlassung: _____ g

Länge zur Entlassung: _____, _____ cm

Kopfumfang zur Entlassung: _____, _____ cm

Kopfvolumen zur Entlassung: _____ cm³

Nahrung zur Entlassung: Muttermilch
 Formula
 gemischt

Stillnahrungen (Anzahl während der letzten 7 Tage vor Entlassung):

Formula-Nahrungen (Anzahl während der letzten 7 Tage vor Entlassung):

Muttermilch-Nahrungen, nicht gestillt (Anzahl während der letzten 7

Tage vor Entlassung): _____

Weiterbetreuung im Pfad: Ja Nein

Wenn nein, Grund: Widerruf
 Wechsel in Routineversorgung
 Wechsel in nicht-teilnehmende
Krankenkasse
 Kind verstorben am:
_____ . _____ . _____

Protokoll - SOP Neo 3

Zeitraum: 12.-14. korrigierter Lebensmonat

#INNOVATIONSFONDS
projekt
feto/neonataler
pfad

Dieses Protokoll ist bei Mehrlingen jeweils pro Kind auszufüllen

Name Kind:

Vorname Kind:

Krankenkasse Kind:

Durchführendes Zentrum:

Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____

Name der Mutter:

Vorname der Mutter:

Körpergewicht: ____ ____ ____ g

Körperlänge: ____ cm

Kopfumfang: ____ , ____ cm

Kopfvolumen: ____ cm³

Ernährung: Muttermilch ohne Anreicherung

Muttermilch mit Anreicherung

Formula

Brei

Festnahrung

Vitamin D: Ja

Nein

Neonatologische Beurteilung:

Physiotherapie notwendig: Ja

Nein

Ergotherapie notwendig: Ja

Nein

SPZ-Anbindung notwendig: Ja

Nein

Bemerkungen:

.....
.....
.....

Protokoll - SOP Päd 1

Zeitraum: 1-2 Wochen nach Entlassung oder ggf. in Verbindung mit U3

Dieses Protokoll ist bei Mehrlingen jeweils pro Kind auszufüllen

Name Kind:
Vorname Kind:
Krankenkasse Kind:
Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____

Name der Mutter:
Vorname der Mutter:

Körpergewicht: ____ ____ g
Körperlänge: ____ cm
Kopfumfang: ____ , ____ cm

Ernährung: Muttermilch ohne Anreicherung
 Muttermilch mit Anreicherung
 Formula

Vitamin D: Ja
 Nein

Eisen: Ja
 Nein

Subjektive Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion:

(1 = sehr gut bis 5 = ungenügend)
 1
 2
 3
 4
 5

Durch Eltern eingeschätzte Belastung:

(1 = gering bis 5 = sehr hoch)
 1
 2
 3
 4
 5

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:

Stempel

Physiotherapie erforderlich:

Ja
 Nein

Zusätzliche Therapien erforderlich:

Ja
 Nein

Wenn ja, welche:

Weiterbetreuung im Pfad: Ja
 Nein

Wenn ja, nächster Termin: ____ . ____ . ____

Wenn nein, Grund: Widerruf
 Wechsel in Routineversorgung
 Wechsel in nicht-teilnehmende
Krankenkasse

Protokoll - SOP Päd 2

Zeitraum: 3.-5. korrigierter Lebensmonat ggf. in Verbindung mit U4

Dieses Protokoll ist bei Mehrlingen jeweils pro Kind auszufüllen

Name Kind:
Vorname Kind:
Krankenkasse Kind:
Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____

Name der Mutter:
Vorname der Mutter:

Körpergewicht: ____ ____ ____ g
Körperlänge: ____ cm
Kopfumfang: ____ , ____ cm

Ernährung: Muttermilch ohne Anreicherung
 Muttermilch mit Anreicherung
 Formula
 Beikost begonnen

Vitamin D: Ja
 Nein

Eisen: Ja
 Nein

6-fach und Pneumokokken-Impfung entsprechend STIKO-Empfehlung erhalten: Ja
 Nein

Subjektive Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion:
(1 = sehr gut bis 5 = ungenügend)
 1
 2
 3
 4
 5

Durch Eltern eingeschätzte Belastung:
(1 = gering bis 5 = sehr hoch)
 1
 2
 3
 4
 5

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:



Physiotherapie erforderlich: Ja
 Nein

Zusätzliche Therapien erforderlich: Ja
 Nein

Wenn ja, welche:

Weiterbetreuung im Pfad: Ja
 Nein

Wenn ja, nächster Termin: ____ . ____ . ____

Wenn nein, Grund: Widerruf
 Wechsel in Routineversorgung
 Wechsel in nicht-teilnehmende Krankenkasse

Protokoll - SOP Päd 3

Zeitraum: 5.-8. korrigierter Lebensmonat ggf. in Verbindung mit U5

#INNOVATIONSFONDS
projekt
feto/neonataler
pfad

Dieses Protokoll ist bei Mehrlingen jeweils pro Kind auszufüllen

Name Kind:

Vorname Kind:

Krankenkasse Kind:

Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____

Name der Mutter:

Vorname der Mutter:

Körpergewicht: ____ ____ g

Körperlänge: ____ cm

Kopfumfang: ____ , ____ cm

- Ernährung:
- Muttermilch ohne Anreicherung
 - Muttermilch mit Anreicherung
 - Formula
 - Beikost begonnen

- Vitamin D:
- Ja
 - Nein

- Eisen:
- Ja
 - Nein

- 6-fach und Pneumokokken-Impfung entsprechend STIKO-Empfehlung erhalten:
- Ja
 - Nein

Subjektive Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion:

(1 = sehr gut bis 5 = ungenügend)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Durch Eltern eingeschätzte Belastung:

(1 = gering bis 5 = sehr hoch)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:

Stempel

Physiotherapie erforderlich:

- Ja
- Nein

Zusätzliche Therapien erforderlich:

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche:

- Weiterbetreuung im Pfad:
- Ja
 - Nein

Wenn ja, nächster Termin: ____ . ____ . ____

- Wenn nein, Grund:
- Widerruf
 - Wechsel in Routineversorgung
 - Wechsel in nicht-teilnehmende Krankenkasse
 -

Protokoll - SOP Päd 4

Zeitraum: 9.-12. Lebensmonat ggf. in Verbindung mit U6

#INNOVATIONSFONDS
projekt
feto/neonataler
pfad

Dieses Protokoll ist bei Mehrlingen jeweils pro Kind auszufüllen

Name Kind:

Vorname Kind:

Krankenkasse Kind:

Datum der Vorstellung: ____ . ____ . ____

Name der Mutter:

Vorname der Mutter:

Körpergewicht: ____ g

Körperlänge: ____ cm

Kopfumfang: ____ cm

- Ernährung:
- Muttermilch ohne Anreicherung
 - Muttermilch mit Anreicherung
 - Formula
 - Beikost begonnen

- Vitamin D:
- Ja
 - Nein

- Eisen:
- Ja
 - Nein

- 6-fach und Pneumokokken-Impfung entsprechend STIKO-Empfehlung erhalten:
- Ja
 - Nein

Subjektive Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion:

(1 = sehr gut bis 5 = ungenügend)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Durch Eltern eingeschätzte Belastung:

(1 = gering bis 5 = sehr hoch)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Durchführende(s) Praxis / Zentrum:

Stempel

Physiotherapie erforderlich:

- Ja
- Nein

Zusätzliche Therapien erforderlich:

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche:

- Weiterbetreuung im Pfad:
- Ja
 - Nein

Wenn ja, nächster Termin: ____ . ____ . ____

- Wenn nein, Grund:
- Widerruf
 - Wechsel in Routineversorgung
 - Wechsel in nicht-teilnehmende Krankenkasse
 -