



A Basisdaten

A.1	Geburtsdatum:	 DD MM JJJJ
A.2	Geschlecht:	weiblich ☐ männlich ☐
A.3	Schulischer Status / Berufsausbildung (höchster zuletzt zutreffender Status):	Schulart / Schuljahr / Ausbildung keine ☐ Sonder ☐ Haupt ☐ Real ☐ Gymn. ☐ Ausb. ☐ ____. Kl. ____ . Kl. ____ . Kl. ____ . Kl. ____ . Kl.
A.4	Besonderer Betreuungsbedarf (Behinderung: geistig / körperlich / Lernen / Sprache / Sehen / betreute Werkstatt):	GB ☐ KB ☐ LB ☐ SH ☐ SB ☐ WS ☐
A.5	Familiäre Situation: Andere Lebensform (welche?):	mit beiden Eltern ☐ bei einem Elternteil ☐ Anzahl Geschwister _____ Familienmitglied mit chronischer Krankheit _____ _____
A.6	Psychosoziale Risikofaktoren:	keine ☐ vorhanden _____
A.7	Wegezeit zum bisherigen Arzt:	_____ Std. zum Kinder- und Jugendmediziner _____ Std. zum sozialpädiatrischen Zentrum _____ Std. zur Spezialambulanz
A.8	Vernetzung:	eigenes Mobiltelefon ☐ Internetanschluss / Email ☐
A.9	Mobilität:	uneingeschränkt ☐ gehbehindert ☐ Rollstuhl ☐
A.10	Datum des Transitionsbeginns (Einschreibung ins Programm am):	 DD MM JJJJ

B Klinische Parameter (Epilepsie)

B.1	Grunderkrankung:	Hauptdiagnose: _____ Seit: _____ Jahren
-----	------------------	--



B.2	Relevante Begleiterkrankungen:	Beschreibung	ICD-10
		1. _____	_____
		2. _____	_____
		3. _____	_____
		4. _____	_____

B.3	Plasmaspiegel antiepileptische Medikation:	im therapeutischen Bereich
		zu niedrig zu hoch
		☐ ☐ ☐

B.4	EEG:	unauffällig	ETP	HFS
		☐	☐	☐

B.5	Anfälle, Anzahl im Jahr vor Transition:	_____/Monat
-----	---	-------------

B.6	Status epilepticus, Anzahl im Jahr vor Transition:	_____
-----	--	-------

B.7	Notfallbehandlungen, Anzahl im Jahr vor Transition:	_____
-----	---	-------

B.8	Stationäre Aufnahmen wegen Grunderkrankung, Anzahl im Jahr vor Transition:	_____
-----	--	-------

B.9	Teilhabe am Alltag nach Einschätzung des Arztes:	nicht beeinträchtigt	mäßig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
		☐	☐	☐

C Strukturqualität

C.1	Erforderliche Qualifikation von weiterbehandelndem Arzt / Zentrum vorhanden?	ja	nein
		☐	☐

C.2	Checkliste Bedarfsanalyse beim Arzt vorhanden zu Programmbeginn?	ja	nein
		☐	☐

C.3	Fragebögen für Patienten und Angehörige vorhanden zu Programmbeginn?	ja	nein
		☐	☐

C.4	Informationsmaterial beim Arzt vorhanden zu Programmbeginn?	ja	nein
		☐	☐

C.5	Informationsmaterial beim Patienten vorhanden zu Programmbeginn?	ja	nein
		☐	☐

D Transitionsmodell

D.1	Gewähltes Transitionsmodell:	1 (direkt)	2 (sequenziell)	3 (entw. zentriert)	4 (einr. zentriert)
		☐	☐	☐	☐

Vielen Dank!