



A Basisdaten

A.1	Schulischer Status/ Berufsausbildung (höchster zuletzt zutreffender Status):	Schulart / Schuljahr / Ausbildung					
		keine ☐	Sonder ____. Kl.	Haupt ____. Kl.	Real ____. Kl.	Gymn. ____. Kl.	Ausb. ____. Kl.
A.2	Besonderer Betreuungsbedarf (Behinderung: geistig / körperlich / Lernen / Sprache / Sehen / betreute Werkstatt):	GB ☐	KB ☐	LB ☐	SH ☐	SB ☐	WS ☐
A.3	Familiäre Situation:	mit beiden Eltern ☐	bei einem Elternteil ☐	Anzahl Geschwister _____	Famili- mitglied mit chronischer Krankheit _____		
	Andere Lebensform (welche?):	_____					
A.4	Psychosoziale Risikofaktoren:	keine ☐	vorhanden: _____				
A.5	Wegezeit zum neuen Arzt:	_____ Std.	zum Hausarzt				
		_____ Std.	zum Neurologen				
		_____ Std.	zur Spezialambulanz				
A.6	Mobilität:	uneingeschränkt ☐	gehbehindert ☐	Rollstuhl ☐			

B Klinische Parameter (Epilepsie)

B.1	Grunderkrankung:	Hauptdiagnose: _____ Seit: _____ Jahren		
B.2	Relevante Begleiterkrankungen:	Beschreibung	ICD-10	
		1. _____	_____	
		2. _____	_____	
		3. _____	_____	
		4. _____	_____	
		5. _____	_____	
		6. _____	_____	
B.3	Plasmaspiegel antiepileptische Medikation:	zu niedrig ☐	im therapeu- tischen Bereich ☐	zu hoch ☐



Patient ID:

Datum der Dokumentation:

B.4	EEG:	unauffällig ☐	ETP ☐	HFS ☐
B.5	Anfälle, Anzahl seit Programmeinschreibung:	_____/Monat		
B.6	Status epilepticus, Anzahl seit Programmeinschreibung:	_____		
B.7	Notfallbehandlungen, Anzahl seit Programmeinschreibung:	_____		
B.8	Stationäre Aufnahmen wegen Grunderkrankung, Anzahl seit Programmeinschreibung:	_____		
B.9	Teilhabe am Alltag nach Einschätzung des Arztes:	nicht beeinträchtigt ☐	mäßig beeinträchtigt ☐	stark beeinträchtigt ☐
B.10	Gesamteindruck des Weiterbehandelnden zum Erfolg des Transitionsprozesses:	Transition gelingen ☐	noch weiterer Steuerungs- aufwand nötig ☐	noch erheblicher Steuerungs- aufwand nötig ☐
C Prozesse				
C.1	Planmäßige Vorstellungstermine alle 6 Monate (inkl. Medikamentenspiegel, psychosozialer Beratung, ggf. EEG):	alle wahr- genommen ☐	1 Termin versäumt ☐	2 oder mehr Termine versäumt ☐
C.2	Planmäßige Transitionsgespräche:	alle wahr- genommen ☐	1 Termin versäumt ☐	2 oder mehr Termine versäumt ☐
C.3	Jährlicher neurologischer Status:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐	
C.4	Jährliches EEG:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐	
C.5	Jährlich Zusatzuntersuchungen:	durchgeführt ☐	nicht durchgeführt ☐	
C.6	Benötigte Reminder:	keine ☐	max. einen pro Termin ☐	mehr als einen zu einem oder mehr Terminen ☐
C.7	Gemeinsame Sprechstunde durchgeführt:	nein ☐	einmal ☐	zweimal ☐



C.8	Fallkonferenz durchgeführt:	nicht erforder- lich ☐	nein ☐	einmal ☐	zweimal ☐
C.9	Checkliste Bedarfsanalyse ausgefüllt:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.10	Patienten-Fragebögen ausgefüllt:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.11	Eltern-Fragebögen ausgefüllt:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.12	Zufriedenheitsfragebogen Leistungserbringer:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.13	Zufriedenheitsfragebogen Patienten:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.14	Vollständigkeit der sonstigen Arztdokumentation:	vollständig ☐	mäßig vollständig ☐	unvollständig ☐	
C.15	Mitarbeit Patient:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐	
C.16	Mitarbeit Eltern:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐	
C.17	Mitarbeit pädiatrischer Spezialist:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐	
C.18	Mitarbeit Erwachsenen spezialist:	gut ☐	mäßig ☐	schlecht ☐	
C.19	Transitionsmodell adäquat?	ja ☐	teilweise ☐	nein ☐	
D Durchführung und Ende Transition					
D.1	Durchgeführtes Transitionsmodell:	1 (direkt) ☐	2 (sequenziell) ☐	3 (entw. zentriert) ☐	4 (einr. zentriert) ☐



**Berliner
Transitions
Programm**

CRF Epilepsie Abschluss

Patient ID:

Datum der Dokumentation:

D.2

Transitionsprogramm
beendet am:

__|__|__
DD MM JJJJ

planmäßig

☐

vorzeitig

☐

verstorben

☐

Vielen Dank!