

Information zum

Basisbogen der pädiatrisch-psychosozialen Nachsorge (BaPPsy-N)

Version: 1.0.

Stand: 10/2021

Erstellt durch: Lesley-Ann Hail, Katja Baust

Kontakt: l.hail@uke.de

Katja.Baust@ukbonn.de

Die aktuelle Version 1.0. befindet sich in der Testphase.

Wir bitten um Rückmeldungen von Fachkolleg_innen, wie von auch betroffenen Familien und Patient_innen, die sich aus der Anwendung ergeben.

Eine überarbeitete Version wird unter Berücksichtigung der Rückmeldungen im Frühjahr 2022 erstellt.

Die Creative Commons Lizenz erlaubt eine freie Bearbeitung des Dokuments, unter der den Bedingungen: Namensnennung der Originalversion (BY) - Nicht-kommerzielle Verbreitung (NC) - Weitergabe unter gleichen Lizenzbedingungen (SA)

Basisbogen der pädiatrisch-psychosozialen Nachsorge (BaPPsy-N)

Gesprächsdatum: _____

Gesprächsteilnehmer:innen: _____

Soziodemografische Daten zum/zur Patient/Patientin	
Name/ID/ Geburtsdatum	
Kind/Patient:in:	_____ geb. am _____
Vater:	_____ geb. am _____
Mutter:	_____ geb. am _____
Geschwister:	_____ geb. am _____ _____ geb. am _____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Kontaktinfo: (Anschrift/ Tel./Handy/ Email)	_____ _____
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> bei Familie, mit folgenden im Haushalten lebenden Familienmitgliedern (Freitext) _____ <input type="checkbox"/> bei Vater / Mutter, ggf. Anzahl Geschwister: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige wichtige Bezugspersonen (Freitext): _____ <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> Sonstiges (Einrichtung; Pflegefamilie): _____
Sorgeberechtigte/r:	<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater <input type="checkbox"/> Andere: _____ Kontaktdaten: _____
Schul- /Ausbildungssituation:	<input type="checkbox"/> Kindergarten/Tagesmutter <input type="checkbox"/> Schule <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Schulform _____ Klasse _____ </div> Name der Schule _____ Ansprechpartner _____ <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Angestrebtes Schul-/Ausbildungs- bzw. Berufsziel: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Schwerbehinderten- status/Ausweis:	GdB: _____ Ggf. Merkzeichen: _____ Ausweis ggf. gültig bis (mm.jjjj): _____
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad Nächste Überprüfung des Pflegegrads am <input type="checkbox"/> Grad (1-5): _____ (tt.mm.jjjj): _____ _____
Krankenversicherung (bei Bedarf):	KV-Nr: _____ RV-Nr: _____

Angaben zur Erkrankung des Patienten/der Patientin

(Erst-)Diagnose		Datum (Erst-)diagnose (tt.mm)	
Ggf. weitere onkol. Diagnosen (Zweitumore)		Datum weitere Diagnosen (tt.mm)	
Ende Intensiv-Therapie (mm.jjjj)		Letzter Arztbrief vom (tt.mm.jjjj):	
Neuropsychologische Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja, vom mm/jjjj _____ <input type="checkbox"/> Bericht liegt vor <input type="checkbox"/> nein	Rehazeitraum (tt.mm.jjjj – tt.mm.jjjj) & Rehaeinrichtung	_____ _____ <input type="checkbox"/> keine Reha erfolgt
Ansprechpartner psychosoziale Akut-Versorgung	_____ _____ <input type="checkbox"/> intensivierte psychosoziale Akutversorgung	Behandlung <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiotherapie <input type="checkbox"/> Protonenbestrahlung <input type="checkbox"/> Ganzkörperbestrahlung <input type="checkbox"/> ZNS-Bestrahlung <input type="checkbox"/> OP, Lokalisation _____ <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> Experimentelle/Individualtherapie (z.B. Antikörper) _____	
Ansprechpartner /in med. Nachsorge:	_____ _____	<input type="checkbox"/> Beobachtung (watch-and-wait) <input type="checkbox"/> Dauertherapie, vorauss. bis (mm/jjjj) _____	
Frequenz der med. Nachsorge	<input type="checkbox"/> _alle ___ Wochen <input type="checkbox"/> _alle ___ Monate <input type="checkbox"/> _alle ___ Jahre		

Einschränkungen des Patienten/der Patientin

Kognitive Einschränkungen (z.B. verminderte Konzentration)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seit _____
Mobilitäts-u. Bewegungseinschränkungen (z.B. bei Zustand nach Amputation oder Endoprothesen; Gleichgewichtsprobleme etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seit _____
Alltagseinschränkungen z.B. wg. dauerhaft notwendiger Infektprevention	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seit _____
Klinisch relevante Wahrnehmungseinschränkungen (Sehen, Hören)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seit _____
Sprachentwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seit _____
Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seit _____
Sonstiges:	_____ _____

Beratungsbedarf bei sozialrechtlichen Anliegen	
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenversicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zugang zur Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zugang zu spezialisierten Beratungsstellen/Psychotherapie-Praxen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Häusliche Versorgung (z.B. Pflege; Haushaltshilfe etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angelegenheiten bzgl. Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	_____

**Gibt es Schwierigkeiten in einem der angegebenen Bereiche?
Bitte geben Sie auch an ob ein Unterstützungsbedarf vorliegt.**

Themenbereich	Problem liegt vor bei				Beratung gewünscht?
	Patient:in	Eltern	Geschwister	Sonstige	
Schlafstörungen (Ein-/Durchschlafschwierigkeiten, belastende Träume)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chronische Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgang mit Erkrankungs- und Behandlungsfolgen und der Krankheitsverarbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgang mit Körperbildveränderung und Behinderungen (z.B. Gewichtszu-/abnahme, dauerhafter Haarausfall, Kleinwuchs, (Teil-) amputation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgang mit unangenehmen Gefühlen (z.B. Angst, Sorge, Trauer, Wut, Scham- und Schuldgefühle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgang mit Konflikten und Kommunikationsstörungen innerhalb der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgang mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Umgang mit Partnerschaft, Sexualität, Kinderwunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwierigkeiten in Schule/Ausbildung/Beruf/Studium (z.B. Nachteilsausgleich, Leistungsabfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ungünstiges Gesundheitsverhalten (Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Konsum von Nikotin, Alkohol oder anderen Substanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zugang zu Nachsorge-Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zugang zu Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Für Eltern:</u> Umgang mit Erziehungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Aktuelle Unterstützungsmaßnahmen

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)	Läuft	Geplant	Beendet	Bedarf (Maßnahme noch nicht eingeleitet)	Kein Bedarf
Rehabilitation (FOR, Jugend-Reha, Junge- Erwachsenen-Reha)					
Psychologische Unterstützung (z.B. Beratungsstelle, SPZ)					
Psychotherapie (Richtlinienverfahren im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie)					
Frühförderung					
Physiotherapie					
Ergotherapie					
Logopädie					
Neuropsychologische Diagnostik					
Neurokognitives Training					
Berufsberatung					
Schul/Kitabegleitung/Integrationshelfer					
Kontakt zum Jugendamt (SPFH, Erziehungsbeistand)					
Ernährungsberatung					
Nachhilfe					
Freizeitbegleitung (familienentlast. Dienst)					
Freizeiten (zum Austausch mit Betroffenen)					
Selbsthilfe und Kommunikationsangebote					
Sonstiges: _____					

Absprachen und weitere Bemerkungen

(von Mitarbeiter:in auszufüllen)

Kein Bedarf

Weitere Terminvereinbarung:

Anbindung an:

Sonstiges: