U-ARM-1

14 Tage nach der Rekonstruktions-Operation

Untersuchungen/Nachsorge ab der 2. Lebenswoche für Patient:innen mit Rekonstruktions-OP ohne AP*
(erste Operation = operative Rekonstruktion einer Analöffnung beim Neugeborenen)

Wenn ein Anus praeter* angelegt wurde, dann hier leer lassen und weiter zu S. 34 – U-ARM-AP-1

Basisdaten Patient/Patientin: Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Besonderheiten nach der Operation (z.B. Sepsis*, Nahtdehiszenz*, Abszess* Wundheilungsstörung):

Besonderheit	Festgestellt am	Maßnahmen/Anmerkung

Urinstatus (z.B. Urinstix) ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

Stuhlentleerung ☐ dauernd ☐ intermittierend* Stuhlentleerungsfrequenz _____x/24 h
Stuhlkonsistenz*: ☐ fest ☐ weich ☐ flüssig Obstipation* ☐ Ja ☐ Nein
Stuhlgefülltes Rektosigmoid* Palpabel* ☐ Ja ☐ Nein Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): _____mm
Zusätzliche Maßnahmen zur Stuhlregulation ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Analbefund
Mukosaektropium* ☐ Ja ☐ Nein
Anus* in Ruhe ☐ geschlossen ☐ klaffend
Haut um den Anus* ☐ reizlos ☐ gerötet ☐ wund ☐ blutend ☐ _____

Kalibrieren*/Bougierungsbehandlung (siehe Glossar „bougieren“) **CAVE: Bitte schmerzfrei und unbedingt Rücksprache und Überprüfung der Notwendigkeit!**
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Weite von: _____ mm (Hegar*) bis_____ mm (Hegar*) (Schrittweite 0,5 mm)

Bougierungsfrequenz*: _____

Bougierempfehlung von den Eltern eingehalten ☐ Ja ☐ Nein
Hegarstift blutig tingiert ☐ Ja ☐ Nein
Weinen/Abwehr des Kindes des Kindes bei Bougierung*: ☐ Nein ☐ schwach ☐ mittel ☐ stark

Bougierung in Narkose ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Anmerkungen zur Bougierung: _____

Ggf. Ultraschall* Abdomen*/Urogenitaltrakt* am: _____ Befund:_____

Urologische Situation und ggf. weitere empfohlene Untersuchungen:

Veränderung der
Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:_____

Harnwegsinfekte* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft:_____ ☐ mit Fieber ☐ ohne Fieber

Empfohlene Behandlung:
Langzeit-HWI-Prophylaxe* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:_____

Weitere therapeutische Maßnahmen

Hilfsmittel ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____
(z.B. Windeln, Wundcreme…)

Sonstige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Sonstige Maßnahmen _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Glauben Sie, schuld an der Erkrankung Ihres Kindes zu sein?
- Wer unterstützt Sie bei der Versorgung des Kindes wirklich?
- Wünschen Sie sich weitere Unterstützung? Wenn ja, bei was?
- Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Stillberatung
- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Pflegegeld*, Behindertenausweis…)
- Haushaltshilfe
- Hilfsmittelberatung (Stomatherapeut/in*, Hilfsmittelversorger…)
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen
- Infos zur Forschung, CURE-Net-Kontaktdaten/Studienteilnahme

Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)

Stempel der Nachsorgeklinik | Name Untersucher/in | Datum

U-ARM-2

4 Wochen nach der Rekonstruktions-Operation (ohne AP*)

Basisdaten Patient/Patientin: Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Besonderheiten nach der Operation (z.B. Abszess*, Wundheilungsstörung, Stenose*):

Besonderheit	Festgestellt am	Maßnahmen/Anmerkung

Urinstatus (z.B. Urinstix) ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

Stuhlentleerung ☐ dauernd ☐ intermittierend* ☐ schmerzhaft Stuhlentleerungsfrequenz _____x/24 h
Stuhlkonsistenz*: ☐ fest ☐ weich ☐ flüssig Obstipation* ☐ Ja ☐ Nein
Stuhlgefülltes Rektosigmoid* Palpabel* ☐ Ja ☐ Nein Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): _____mm
Zusätzliche Maßnahmen zur Stuhlregulation ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Analbefund
Mukosaektropium* ☐ Ja ☐ Nein
Anus* in Ruhe ☐ geschlossen ☐ klaffend
Haut um den Anus* ☐ reizlos ☐ gerötet ☐ wund ☐ blutend ☐ _____

Prüfung der Weite des Anus* _____mm (Hegar* Nr.)

Kalibrieren*/Bougierungsbehandlung (siehe Glossar „bougieren“) **CAVE: Bitte schmerzfrei und unbedingt Rücksprache und Überprüfung der Notwendigkeit!**
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Weite von: _____ mm (Hegar*) bis_____ mm (Hegar*) (Schrittweite 0,5 mm)

Bougierungsfrequenz*: _____

Bougierempfehlung von den Eltern eingehalten ☐ Ja ☐ Nein
Hegarstift blutig tingiert ☐ Ja ☐ Nein
Weinen/Abwehr des Kindes des Kindes bei Bougierung*: ☐ Nein ☐ schwach ☐ mittel ☐ stark

Bougierung in Narkose ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Anmerkungen zur Bougierung: _____

_____

Ggf. Ultraschall* Abdomen*/Urogenitaltrakt*/Restharn* am: _____ Befund:_____

Urologische Situation:

Veränderung der
Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:_____

Harnwegsinfekte* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft:_____ ☐ mit Fieber ☐ ohne Fieber

Empfohlene Behandlung:

Langzeit-HWI-Prophylaxe* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:_____

Weitere empfohlene diagnostische Maßnahmen: _____

Weitere therapeutische Maßnahmen

Hilfsmittel ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____
(z.B. Windeln, Wundcreme…)

Sonstige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Sonstige Maßnahmen _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Haben Sie jemanden zum Reden, wenn es Ihnen mal schlecht geht?
- Fühlen Sie sich verstanden?
- Fühlen Sie sich gut informiert?
- Haben Sie auch mal Zeit für sich / Ihre/n Partner/in?
- Wünschen Sie sich weitere Unterstützung? Wenn ja, bei was?
- Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Stillberatung
- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Pflegegeld*, Behindertenausweis…)
- Haushaltshilfe
- Hilfsmittelberatung (Stomatherapeut/in*, Hilfsmittelversorger…)
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen
- Infos zur Forschung, CURE-Net-Kontaktdaten/Studienteilnahme

Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)

_____

_____

_____

Stempel der Nachsorgeklinik	Name Untersucher/in	Datum

U-ARM-3

6 Wochen nach der Rekonstruktions-Operation (ohne AP*)

Basisdaten Patient/Patientin: Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Besonderheiten nach der Operation (z.B. Analstriktur*, Mukosaektropium*, …):

Besonderheit	Festgestellt am	Maßnahmen/Anmerkung

Urinstatus (z.B. Urinstix) ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

Stuhlentleerung ☐ dauernd ☐ intermittierend* Stuhlentleerungsfrequenz _____x/24 h

Stuhlkonsistenz*: ☐ fest ☐ weich ☐ flüssig Obstipation* ☐ Ja ☐ Nein

Stuhlgefülltes Rektosigmoid* Palpabel* ☐ Ja ☐ Nein Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): _____mm

Zusätzliche Maßnahmen zur Stuhlregulation ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Analbefund

Mukosaektropium* ☐ Ja ☐ Nein

Anus* in Ruhe ☐ geschlossen ☐ klaffend

Haut um den Anus* ☐ reizlos ☐ gerötet ☐ wund ☐ blutend ☐ _____

Kalibrieren*/Bougierungsbehandlung (siehe Glossar „bougieren“) **CAVE: Bitte schmerzfrei und unbedingt Rücksprache und Überprüfung der Notwendigkeit!**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Weite von: _____ mm (Hegar*) bis_____ mm (Hegar*) (Schrittweite 0,5 mm)

Bougierungsfrequenz*: _____

Bougierempfehlung von den Eltern eingehalten ☐ Ja ☐ Nein

Hegarstift blutig tingiert ☐ Ja ☐ Nein

Weinen/Abwehr des Kindes des Kindes bei Bougierung*: ☐ Nein ☐ schwach ☐ mittel ☐ stark

Bougierung in Narkose ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Anmerkungen zur Bougierung: _____

_____

Ggf. Ultraschall* Abdomen*/Urogenitaltrakt*/Restharn* am: _____ Befund: _____

Urologische Situation:

Veränderung der Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Harnwegsinfekte* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____ ☐ mit Fieber ☐ ohne Fieber

Empfohlene Behandlung:

Langzeit-HWI-Prophylaxe* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte weitere Untersuchungen/Behandlungen:

MCU* durchgeführt ☐ Ja ☐ Nein Befund: (z.B. VUR*, Urethrastenose*, Restharn*) _____

_____ am _____

CIC* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____

Weitere therapeutische Maßnahmen

Hilfsmittel ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____
(z.B. Windeln, Wundcreme…)

Sonstige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Sonstige Maßnahmen _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Was macht Ihnen am meisten/die größten Sorgen?
- Fühlen Sie sich hilflos oder allein gelassen?
- Was macht Sie unsicher?
- Kommen Sie zum Schlafen? Duschen? Essen?
- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Betreuung und Beratung?
- Welche Unterstützung wünschen Sie sich?
- Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Stillberatung
- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Pflegegeld*, Behindertenausweis…)
- Haushaltshilfe
- Hilfsmittelberatung (Stomatherapeut/in*, Hilfsmittelversorger…)
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen
- Infos zur Forschung, CURE-Net-Kontaktdaten/Studienteilnahme

Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)

_____

_____

_____

Stempel der Nachsorgeklinik	Name Untersucher/in	Datum

U-ARM-4

2 Monate nach der Rekonstruktions-Operation (ohne AP*)

Basisdaten Patient/Patientin: Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Besonderheiten nach der Operation (z.B. Striktur* , Prolaps*, …):

Besonderheit	Festgestellt am	Maßnahmen/Anmerkung

Urinstatus (z.B. Urinstix) ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

Stuhlentleerung ☐ dauernd ☐ intermittierend* Stuhlentleerungsfrequenz _____x/24 h

Stuhlkonsistenz*: ☐ fest ☐ weich ☐ flüssig Obstipation* ☐ Ja ☐ Nein

Stuhlgefülltes Rektosigmoid* Palpabel* ☐ Ja ☐ Nein Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): _____mm

Zusätzliche Maßnahmen zur Stuhlregulation ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Analbefund

Mukosaektropium* ☐ Ja ☐ Nein

Anus* in Ruhe ☐ geschlossen ☐ klaffend

Haut um den Anus* ☐ reizlos ☐ gerötet ☐ wund ☐ blutend ☐ _____

Kalibrieren*/Bougierungsbehandlung (siehe Glossar „bougieren“) **CAVE: Bitte schmerzfrei und unbedingt Rücksprache und Überprüfung der Notwendigkeit!**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Weite von: _____ mm (Hegar*) bis_____ mm (Hegar*) (Schrittweite 0,5 mm)

Bougierungsfrequenz*: _____

Bougierempfehlung von den Eltern eingehalten ☐ Ja ☐ Nein

Hegarstift blutig tingiert ☐ Ja ☐ Nein

Weinen/Abwehr des Kindes des Kindes bei Bougierung*: ☐ Nein ☐ schwach ☐ mittel ☐ stark

Bougierung in Narkose ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Anmerkungen zur Bougierung: _____

_____

Ggf. Ultraschall* Abdomen*/Urogenitaltrakt*/Restharn* am: _____ Befund: _____

Urologische Situation:

Veränderung der Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Harnwegsinfekte* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____ ☐ mit Fieber ☐ ohne Fieber

Empfohlene Behandlung:

Langzeit-HWI-Prophylaxe* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte weitere Untersuchungen/Behandlungen:

MCU* durchgeführt ☐ Ja ☐ Nein Befund: (z.B. VUR*, Urethrastenose*, Restharn*) _____

_____ am _____

CIC* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____

Weitere therapeutische Maßnahmen

Hilfsmittel ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____
(z.B. Windeln, Wundcreme…)

Sonstige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Sonstige Maßnahmen _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Kommen Sie mit der Pflege des Kindes zurecht?
- Was macht Ihnen am meisten Spaß mit Ihrem Kind?
- Welche Charaktereigenschaften schreiben Sie Ihrem Kind zu?
- Belastet Sie das manchmal, einen hohen Pflegeaufwand betreiben zu müssen?
- Gibt es weitere Probleme? Wenn ja, welche?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Stillberatung
- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Pflegegeld*, Behindertenausweis…)
- Haushaltshilfe
- Hilfsmittelberatung (Stomatherapeut/in*, Hilfsmittelversorger…)
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen
- Infos zur Forschung, CURE-Net-Kontaktdaten/Studienteilnahme

Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)

Stempel der Nachsorgeklinik | Name Untersucher/in | Datum

U-ARM-5

3 Monate nach der Rekonstruktions-Operation (ohne AP*)

Basisdaten Patient/Patientin: Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Besonderheiten nach der Operation (z.B. Striktur*, Prolaps*, Gedeihstörung*, …):

Besonderheit	Festgestellt am	Maßnahmen/Anmerkung

Urinstatus (z.B. Urinstix) ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

Stuhlentleerung ☐ dauernd ☐ intermittierend* Stuhlentleerungsfrequenz _____x/24 h
Stuhlkonsistenz*: ☐ fest ☐ weich ☐ flüssig Obstipation* ☐ Ja ☐ Nein
Stuhlgefülltes Rektosigmoid* Palpabel* ☐ Ja ☐ Nein Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): _____mm
Zusätzliche Maßnahmen zur Stuhlregulation ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Analbefund
Mukosaektropium* ☐ Ja ☐ Nein
Anus* in Ruhe ☐ geschlossen ☐ klaffend
Haut um den Anus* ☐ reizlos ☐ gerötet ☐ wund ☐ blutend ☐ _____

Kalibrieren*/Bougierungsbehandlung (siehe Glossar „bougieren“) **CAVE: Bitte schmerzfrei und unbedingt Rücksprache und Überprüfung der Notwendigkeit!**
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Weite von: _____ mm (Hegar*) bis_____ mm (Hegar*) (Schrittweite 0,5 mm)

Bougierungsfrequenz*: _____

Bougierempfehlung von den Eltern eingehalten ☐ Ja ☐ Nein
Hegarstift blutig tingiert ☐ Ja ☐ Nein
Weinen/Abwehr des Kindes des Kindes bei Bougierung*: ☐ Nein ☐ schwach ☐ mittel ☐ stark

Bougierung in Narkose ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Anmerkungen zur Bougierung: _____

_____

Ggf. Ultraschall* Abdomen*/Urogenitaltrakt*/Restharn* am: _____ Befund:_____

MRT* spinal ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

_____ am _____

Urologische Situation:

Veränderung der Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Harnwegsinfekte* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____ ☐ mit Fieber ☐ ohne Fieber

Empfohlene Behandlung:

Langzeit-HWI-Prophylaxe* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte weitere Untersuchungen/Behandlungen:

MCU* durchgeführt ☐ Ja ☐ Nein Befund: (z.B. VUR*, Urethrastenose*, Restharn*) _____

_____ am _____

Nierenszintigrafie*/ MR-Urografie* ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

_____ am _____

CIC* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____

Weitere therapeutische Maßnahmen

Hilfsmittel ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____
(z.B. Windeln, Wundcreme…)

Sonstige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Sonstige Maßnahmen _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Fühlen Sie sich gut betreut?
- Brauchen Sie irgendeine Art von Unterstützung?
- Haben Sie auch mal Zeit für sich?
- Was tut Ihnen besonders gut?
- Sind Sie manchmal ganz am Ende und glauben, es geht nicht mehr weiter?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Stillberatung
- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Pflegegeld*, Behindertenausweis…)
- Haushaltshilfe
- Hilfsmittelberatung (Stomatherapeut/in*, Hilfsmittelversorger…)
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen
- Infos zur Forschung, CURE-Net-Kontaktdaten/Studienteilnahme

Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)

_____

_____

_____

Stempel der Nachsorgeklinik | Name Untersucher/in | Datum

Für zusätzliche, individuelle Einbestellung bitte **U-ARM-6** vor dem Ausfüllen kopieren.

U-ARM-6

4 Monate nach der Rekonstruktions-Operation (ohne AP*)

Basisdaten Patient/Patientin: Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Besonderheiten nach der Operation (z.B. Striktur*, Prolaps*, Gedeihstörung*, …):

Besonderheit	Festgestellt am	Maßnahmen/Anmerkung

Urinstatus (z.B. Urinstix) ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

Stuhlentleerung ☐ dauernd ☐ intermittierend* Stuhlentleerungsfrequenz _____x/24 h
Stuhlkonsistenz*: ☐ fest ☐ weich ☐ flüssig Obstipation* ☐ Ja ☐ Nein
Stuhlgefülltes Rektosigmoid* Palpabel* ☐ Ja ☐ Nein Rektum-Querdurchmesser (sonographisch): _____mm
Zusätzliche Maßnahmen zur Stuhlregulation ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Analbefund
Mukosaektropium* ☐ Ja ☐ Nein
Anus* in Ruhe ☐ geschlossen ☐ klaffend
Haut um den Anus* ☐ reizlos ☐ gerötet ☐ wund ☐ blutend ☐ _____

Kalibrieren*/Bougierungsbehandlung (siehe Glossar „bougieren“) **CAVE: Bitte schmerzfrei und unbedingt Rücksprache und Überprüfung der Notwendigkeit!**
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Weite von: _____ mm (Hegar*) bis_____ mm (Hegar*) (Schrittweite 0,5 mm)

Bougierungsfrequenz*: _____

Bougierempfehlung von den Eltern eingehalten ☐ Ja ☐ Nein
Hegarstift blutig tingiert ☐ Ja ☐ Nein
Weinen/Abwehr des Kindes des Kindes bei Bougierung*: ☐ Nein ☐ schwach ☐ mittel ☐ stark

Bougierung in Narkose ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Anmerkungen zur Bougierung: _____

_____

Ggf. Ultraschall* Abdomen*/Urogenitaltrakt*/Restharn* am: _____ Befund:_____

MRT* spinal ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

_____ am _____

Urologische Situation:

Veränderung der Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:_____

Harnwegsinfekte* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft:_____ ☐ mit Fieber ☐ ohne Fieber

Empfohlene Behandlung:

Langzeit-HWI-Prophylaxe* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:_____

Aufgrund der Symptome empfohlene/durchgeführte weitere Untersuchungen/Behandlungen:

MCU* durchgeführt ☐ Ja ☐ Nein Befund: (z.B. VUR*, Urethrastenose*, Restharn*) _____

_____ am _____

Nierenszintigrafie*/ MR-Urografie* ☐ Ja ☐ Nein Befund: _____

_____ am _____

CIC* ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie oft: _____

Weitere therapeutische Maßnahmen

Physiotherapie ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche physioth. Maßnahmen _____
(z. B. Vojta*, Bobath*)

Hilfsmittel ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____
(z.B. Windeln, Wundcreme…)

Sonstige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche: _____

Sonstige Maßnahmen _____

Psychosoziale* Aspekte und Aufklärung

Fragen an die Eltern:
- Was wünschen Sie sich am meisten?
- Was mögen Sie an Ihrem Kind gern?
- Was bereitet Ihnen Sorgen?
- Wer unterstützt Sie bei der Pflege des Kindes/ bei Organisatorischem?
- Fühlen Sie sich gut betreut?
- Haben Sie Fragen zu der Erkrankung, zur Entstehung, zur Prognose*?

Folgende weiterführende Hilfen können sinnvoll/wichtig sein:
- Stillberatung
- Soziale Hilfen (Sozialberatung, Pflegegeld*, Behindertenausweis…)
- Haushaltshilfe
- Hilfsmittelberatung (Stomatherapeut/in*, Hilfsmittelversorger…)
- Ambulanter Kinderkrankenpflegedienst
- Kontaktdaten zu Selbsthilfeorganisation oder -gruppen
- Infos zur Forschung, CURE-Net-Kontaktdaten/Studienteilnahme

Notizen zum Gespräch (Empfehlungen, vorgeschlagene Hilfen, Kontaktdaten, Termine usw.)

_____

_____

_____

Stempel der Nachsorgeklinik	Name Untersucher/in	Datum