

Kommunikationsmappe für Flüchtlingskinder u. -jugendliche

Diese Mappe ist bei jedem Arztbesuch (Spital, Ordination) mitzunehmen.

1- Basisdaten

Vor- und Familienname des Kindes	
Geburtsdatum	
Vor- und Familienname der Begleitpersonen	1. 2.
Herkunftsland	
Muttersprache	
Weitere Sprachkenntnisse	
In Österreich seit	
Versicherungsnummer	
Status/AIS Zahl	
Unterbringungsadresse	
Betreuende Institution	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	E-Mail:
	Ansprechpartner:
Dolmetsch	Name:
	Telefon:

Kinderärztin/Kinderarzt	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	E-Mail:
Kindergarten/Schule	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	E-mail:
Sonstiges	

2- Mutter-Kind-Pass / Impfpass

- (Folientasche) hier bitte einstecken -

3- Anamnesebogen

Name:

Geburtsdatum:

Ja Nein

 Komplikationen bei Schwangerschaft / Geburt:

 Erkrankungen in der Familie

 Erkrankungen von Kontaktpersonen

 Krankenhausaufenthalte (wann, warum)

 Operationen/Unfälle/ Behinderungen

 Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, sprachlich, kognitiv, ...)
.....

 Schlafstörungen (seit wann)

 Bettnässen (seit wann)

 Andere Verhaltensstörungen

 Anfallsleiden/Epilepsie

 Chronische Erkrankungen

 Schwere Infektionskrankheiten, Rezidivierendes Fieber

 Verletzungen¹

 Hinweise für Traumatisierung

 Schmerzen (Trauma, Sichelzellkrisen, etc.)

 Hinweise für Traumatisierung

 Allergien /Unverträglichkeiten

 Ernährungsprobleme (Gedeihen, ...)

 Stuhlauffälligkeiten / Würmer/ Durchfälle/ Erbrechen

 Dauermedikation

 Alkohol / Rauchen / Drogen

¹ Bei Verdacht auf Fremdverschulden für entsprechende Dokumentation sorgen

4- Checkliste für Erstuntersuchung

Mutter-Kind-Pass (Österreich)	vorhanden ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Impfpass (Herkunftsland)	vorhanden ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Impfpass (Österreich)	vorhanden ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Checkliste für Erstuntersuchung¹ Durchzuführen sofort nach Ankunft im Erstaufnahmezentrum, Verteilerquartier oder, falls noch nicht erfolgt, bei jedem späteren Arztkontakt	
Klinische Untersuchung	durchgeführt am: von:
TB(LTBI)-Screening (Lungenröntgen > 6a)	durchgeführt am: von: Ergebnis:
Kalkulierte antiparasitäre Therapie (siehe Richtlinie)	durchgeführt am: von: Medikation:

Jegliche Befunde bitte im Anhang abheften!

¹ s. Stellungnahme der ÖGKJ Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen, Synthese Labordiagnostik

Checkliste für Nachfolgeuntersuchungen

5.1 Obligat

Allgemeine Untersuchungen	am	von
Basisdiagnostik KBB mit Diff, BSG, GPT, gGT, Bili, ALP, Crea, TSH, Ferritin, Anti HBc, HBs-AG, HAV-AK, HepC-AK, HIV 1+2-AK, Harn komplett		
Zahnärztliche Untersuchung		
Augenarzt		

5.2 Optional

Spezielle Indikation	Diagnostik durchgeführt	am	von
<ul style="list-style-type: none"> • Verdacht auf Tuberkulose • Herkunft aus TB Risikoland • erkrankte Kontaktpersonen 	Überweisung in Spezialambulanz (C/P, MM, IGRA)		
<ul style="list-style-type: none"> • Verdacht auf Parasiteninfektion • Initial oder 6-8 Wochen nach „presumptiver“ Therapie 	Stuhlkontrolle		
<ul style="list-style-type: none"> • Kinder unter 2 Jahren 	Lues-Serologie		
<ul style="list-style-type: none"> • Anämie • verdächtige Familienanamnese 	Hämoglobin-Analyse		
<ul style="list-style-type: none"> • Splenomegalie, Hämolyse, Anämie • verdächtige Familienanamnese 	Glucose-6-Phosphat Dehydrogenase-Aktivität		

<ul style="list-style-type: none"> • Hauterscheinungen, Husten, Fieber 	AK gegen Schistosomen-AG		
<ul style="list-style-type: none"> • Ödeme • Fieber • Lymphknotenschwellung • ZNS-Symptome 	AK gegen Trypanosoma cruzi (Mittel-, Südamerika) oder Trypanosoma brucei (Afrika)		
<ul style="list-style-type: none"> • Splenomegalie und Fieber 	AK gegen Leishmanien		
<ul style="list-style-type: none"> • Herkunft aus Malariaendemiegebiet und Fieber 	Dicker Tropfen		
<ul style="list-style-type: none"> • Verdacht auf Hörstörung 	HNO inkl Audiometrie		
<ul style="list-style-type: none"> • Verdacht auf Stoffwechsel/endokrine Störung 	Neugeborenencreening (PKU Karte)		

5- Impfungen

Nachholempfehlungen gemäß dem Österreichischen Impfplan 2014. Eine Impfung kann man nur dann als gegeben ansehen, wenn eine schriftliche Dokumentation vorliegt.

6.1. Nachhol-Empfehlungen für Kinder vom vollendeten 2. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

Diphtherie (DIP) Tetanus (TET) ev. Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV) Hepatitis B (HBV)	3 Dosen	Sechsfachimpfstoff (Zulassung in Abhängigkeit vom Impfstoff bis 24 bzw. 36 Monate, Empfehlung wegen Nicht-Verfügbarkeit des 4-fach Impfstoffes zur Grundimmunisierung), 2.Dosis nach 2 Monaten, 3.Dosis nach 6-12 Monaten
Masern Mumps Röteln (MMR)	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen
Pneumokokken (PNC)	1 Dosis	Bei ungeimpften Kindern im 3. - 5. Lebensjahr
Hepatitis A (HAV)	2 Kinder-dosen	Vor Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen, Abstand mind. 6 Monate
Hepatitis B (HBV)	3 Dosen	Im Rahmen der Sechsfachimpfung gemeinsam mit Di-Tet-aP-IPV-HiB siehe oben
Meningokokken B	2 Dosen	Abstand mind. 2 Monate, siehe vorne
Meningokokken C	1 Dosis	einmalig
FSME	3 Dosen	Abhängig vom verwendeten Impfstoff, siehe vorne
Varizellen (bei negativer Varizellenanamnese)	2 Dosen	Vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen, Abstand mind. 4 Wochen, siehe vorne
Influenza	2 Dosen	Bei Erstimmunisierung 2 Impfungen, Abstand mind. 4 Wochen

6.2. Nachhol-Empfehlungen für Personen nach dem vollendeten 6. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Für diese Altersgruppe stehen bei Abweichungen vom allgemein empfohlenen Impfschema die im Einzelfall notwendigen oder gewünschten Impfstoffe oft nicht zur Verfügung oder die Anwendung entspricht nicht der Zulassung (z.B. Nicht-Verfügbarkeit des 4-fach Impfstoffes zur Grundimmunisierung). Damit trotzdem ein möglichst gleichwertiger Impfschutz erzielt werden kann, ist im Einzelfall eine von der Zulassung abweichende Anwendung unvermeidlich und daher vertretbar. Die Impfung gegen HPV gilt nicht als „Nachholimpfung“ und soll jedenfalls entsprechend den aktuellen Empfehlungen gegeben werden.

Diphtherie (dip) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV)	3 Dosen	dTap-IPV Boosterimpfstoff 2. Dosis nach 1 (-2) Monaten, 3. Dosis nach 6 (-12) Monaten trotz fehlender Zulassung Empfehlung auch für Grundimmunisierung bei Nicht-Verfügbarkeit des 4-fach Impfstoffes zur Grundimmunisierung (Wenn Vierfach-Booster-Impfstoff nicht verfügbar auch dTaP plus IPV extra oder dT-IPV ohne Pertussis-Komponente).
Masern Mumps (MMR) Röteln	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen
Hepatitis B (HBV)	3 Dosen	2. Dosis nach 4 Wochen, 3. Dosis nach 6 Monaten
Meningokokken B	2 Dosen	Intervall altersabhängig, siehe vorne
Meningokokken konjugiert MEC-4	1 Dosis	Ab vollendetem 10. Lebensjahr
Varizellen (VZ) bei negativer Varizellenanamnese	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen, siehe vorne, besonders empfohlen für seronegative Personen ab vollendetem 9. Lebensjahr
FSME	3 Dosen	Abhängig vom verwendeten Impfstoff, siehe vorne
Hepatitis A	2 Dosen	Abstand mind. 6 Monate, vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen, aus Hygiene-Gründen sinnvoll bis zum Alter von 10 Jahren (Grundschule)
Influenza	1-2 Dosen	Bis zum vollendeten 8. Lebensjahr bei Erstimmunisierung 2 Impfungen, Abstand mind. 4 Wochen, danach 1 Dosis jährlich
HPV	2-3 Dosen	Bis zum vollendeten 15. Lebensjahr 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten, danach 3 Dosen im Schema 0/1 bzw. 2/6 Monate in Abhängigkeit vom Impfstoff

Laufzettel

Sehr geehrte/r KollegIn! Bitte machen Sie bei jeder Konsultation einen kurzen Eintrag über wesentliche Befunde, Maßnahmen, und Therapie. Damit verbessern Sie die Kommunikation und verhindern Doppelgleisigkeiten und Missverständnisse.

Datum	Einrichtung, Behandler, Berater (ggf. Stempel)	Vorstellung wegen: Problem / Diagnose	Therapie/Empfehlung (Kontrolltermine) Ausdruck Befunde und Berichte → Folientasche 8

Laufzettel

Sehr geehrte/r KollegIn! Bitte machen Sie bei jeder Konsultation einen kurzen Eintrag über wesentliche Befunde, Maßnahmen, und Therapie. Damit verbessern Sie die Kommunikation und verhindern Doppelgleisigkeiten und Missverständnisse.

Datum	Einrichtung, Behandler, Berater (ggf. Stempel)	Vorstellung wegen: Problem / Diagnose	Therapie/Empfehlung (Kontrolltermine) Ausdruck Befunde und Berichte → Folientasche 8

Laufzettel

Sehr geehrte/r KollegIn! Bitte machen Sie bei jeder Konsultation einen kurzen Eintrag über wesentliche Befunde, Maßnahmen, und Therapie. Damit verbessern Sie die Kommunikation und verhindern Doppelgleisigkeiten und Missverständnisse.

Datum	Einrichtung, Behandler, Berater (ggf. Stempel)	Vorstellung wegen: Problem / Diagnose	Therapie/Empfehlung (Kontrolltermine) Ausdruck Befunde und Berichte → Folientasche 8

Laufzettel

Sehr geehrte/r KollegIn! Bitte machen Sie bei jeder Konsultation einen kurzen Eintrag über wesentliche Befunde, Maßnahmen, und Therapie. Damit verbessern Sie die Kommunikation und verhindern Doppelgleisigkeiten und Missverständnisse.

Datum	Einrichtung, Behandler, Berater (ggf. Stempel)	Vorstellung wegen: Problem / Diagnose	Therapie/Empfehlung (Kontrolltermine) Ausdruck Befunde und Berichte → Folientasche 8

Laufzettel

Sehr geehrte/r KollegIn! Bitte machen Sie bei jeder Konsultation einen kurzen Eintrag über wesentliche Befunde, Maßnahmen, und Therapie. Damit verbessern Sie die Kommunikation und verhindern Doppelgleisigkeiten und Missverständnisse.

Datum	Einrichtung, Behandler, Berater (ggf. Stempel)	Vorstellung wegen: Problem / Diagnose	Therapie/Empfehlung (Kontrolltermine) Ausdruck Befunde und Berichte → Folientasche 8

6- Zuweisung bei fehlendem Versicherungsstatus

Im Rahmen der Flüchtlingswelle kann es durch fehlenden Versicherungsstatus aufgrund fehlender Registrierung bzw. Antragsstellung vorübergehend zu lückenhafter medizinischer Versorgung kommen. Durch die freiwillige und ehrenamtliche Tätigkeit von Pädiaterinnen kann dennoch eine kurzfristige medizinische Versorgung ermöglicht werden. Um Schnittstellen zu optimieren, kann dieses Formular verwendet werden.

Diese Tätigkeit gilt als private Initiative ohne Anspruch einer Verrechnung bei entsprechenden Versicherungsträgern.

Überweisungsschein	Zur Übernahme der medizinischen Versorgung eines derzeit unversicherten Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen
Name	Geburtsdatum
Herkunftsland	
Fragestellung	Bisherige Intervention
Telefonische Terminvereinbarung	
Kontaktdaten für Rückfragen	
Therapie/diagnostische Empfehlungen des ehrenamtlichen Pädiaters	Evtl. Kontrolltermin
Sonstiges	
	Recht herzlichen Dank für Ihr humanitäres Engagement!

7- Berichte, Mitteilungen, sonstige Unterlagen

- (Folientasche) hier bitte einstecken