



# Kommunikationsmappe für Flüchtlingskinder u. -jugendliche

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

## 1- Basisdaten

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

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

## 2- Mutter-Kind-Pass / Impfpass

- (Folientasche) hier bitte einstecken -

### 3- Anamnesebogen

Name: .....

Geburtsdatum: .....

- | Ja                    | Nein                  |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Komplikationen bei Schwangerschaft / Geburt: .....                          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erkrankungen in der Familie .....   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erkrankungen von Kontaktpersonen .....                                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krankenhausaufenthalte (wann, warum) .....                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Operationen/Unfälle/ Behinderungen .....                                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, sprachlich, kognitiv, ...)<br>..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlafstörungen (seit wann) .....   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bettnässen (seit wann) .....  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andere Verhaltensstörungen .....  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Anfallsleiden/Epilepsie .....   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Chronische Erkrankungen .....   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schwere Infektionskrankheiten, Rezidivierendes Fieber .....                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Verletzungen <sup>1</sup> .....   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hinweise für Traumatisierung .....  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schmerzen (Trauma, Sichelzellkrisen, etc.) .....                            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hinweise für Traumatisierung .....  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergien /Unverträglichkeiten .....  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ernährungsprobleme (Gedeihen, ...) .....                                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Stuhlauffälligkeiten / Würmer/ Durchfälle/ Erbrechen .....                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dauermedikation .....   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alkohol / Rauchen / Drogen .....  |

<sup>1</sup> 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"/>

<b>Checkliste für Erstuntersuchung<sup>1</sup></b> <b>Durchzuführen sofort nach Ankunft</b> <b>im Erstaufnahmezentrum, Verteilerquartier</b> <b>oder, falls noch nicht erfolgt, bei jedem späteren Arztkontakt</b>	
<b>Klinische Untersuchung</b>	durchgeführt am: von:
<b>TB(LTBI)-Screening (Lungenröntgen &gt; 6a)</b>	durchgeführt am: von: Ergebnis:
<b>Kalkulierte antiparasitäre Therapie (siehe Richtlinie)</b>	durchgeführt am: von: Medikation:

**Jegliche Befunde bitte im Anhang abheften!**

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

# Checkliste für Nachfolgeuntersuchungen

## 5.1 Obligat

Allgemeine Untersuchungen	am	von
<b>Basisdiagnostik</b> 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		
<b>Zahnärztliche Untersuchung</b>		
<b>Augenarzt</b>		

## 5.2 Optional

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

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

<b>Diphtherie (DIP) Tetanus (TET) ev. Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV) Hepatitis B (HBV)</b>	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
<b>Masern Mumps Röteln (MMR)</b>	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen
<b>Pneumokokken (PNC)</b>	1 Dosis	Bei ungeimpften Kindern im 3. - 5. Lebensjahr
<b>Hepatitis A (HAV)</b>	2 Kinder-dosen	Vor Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen, Abstand mind. 6 Monate
<b>Hepatitis B (HBV)</b>	3 Dosen	Im Rahmen der Sechsfachimpfung gemeinsam mit Di-Tet-aP-IPV-HiB siehe oben
<b>Meningokokken B</b>	2 Dosen	Abstand mind. 2 Monate, siehe vorne
<b>Meningokokken C</b>	1 Dosis	einmalig
<b>FSME</b>	3 Dosen	Abhängig vom verwendeten Impfstoff, siehe vorne
<b>Varizellen</b> (bei negativer Varizellenanamnese )	2 Dosen	Vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen, Abstand mind. 4 Wochen, siehe vorne
<b>Influenza</b>	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.

<b>Diphtherie (dip) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV)</b>	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).
<b>Masern Mumps (MMR) Röteln</b>	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen
<b>Hepatitis B (HBV)</b>	3 Dosen	2. Dosis nach 4 Wochen, 3. Dosis nach 6 Monaten
<b>Meningokokken B</b>	2 Dosen	Intervall altersabhängig, siehe vorne
<b>Meningokokken konjugiert MEC-4</b>	1 Dosis	Ab vollendetem 10. Lebensjahr
<b>Varizellen (VZ)</b> bei negativer Varizellenanamnese	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen, siehe vorne, besonders empfohlen für seronegative Personen ab vollendetem 9. Lebensjahr
<b>FSME</b>	3 Dosen	Abhängig vom verwendeten Impfstoff, siehe vorne
<b>Hepatitis A</b>	2 Dosen	Abstand mind. 6 Monate, vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen, aus Hygiene-Gründen sinnvoll bis zum Alter von 10 Jahren (Grundschule)
<b>Influenza</b>	1-2 Dosen	Bis zum vollendeten 8. Lebensjahr bei Erstimmunisierung 2 Impfungen, Abstand mind. 4 Wochen, danach 1 Dosis jährlich
<b>HPV</b>	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	
	<b>Recht herzlichen Dank für Ihr humanitäres Engagement!</b>

## 7- Berichte, Mitteilungen, sonstige Unterlagen

- (Folientasche) hier bitte einstecken

IN BEARBEITUNG