

Klinik / Praxis



Patientendaten:

Entlassung am: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind liegt ein Schädelhirntrauma vor. Je nach Schwere des Unfalls werden Sie/Ihr Kind für einige Zeit im Krankenhaus überwacht. Allerdings können in einigen Fällen die Folgen einer Gehirnverletzung auch erst verzögert auftreten. Deshalb sollten Sie auf bestimmte Symptome achten und im Zweifelsfall umgehend das nächste Krankenhaus bzw. den behandelnden Arzt kontaktieren oder aufsuchen.

URSACHEN EINES SCHÄDELHIRNTRAUMAS

Bei einem Schädelhirntrauma kommt es durch direkte Gewaltwirkung auf den Kopf zu einer Funktionsstörung und/oder Verletzung des Gehirns. Typische Symptome sind Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Übelkeit mit Erbrechen und Schwindelgefühle. Bei einem leichten Schädelhirntrauma kommt es häufig auch zu einer kurzen Bewusstlosigkeit und einem kurzfristigen Gedächtnisverlust. Die Beschwerden klingen innerhalb von Tagen in der Regel folgenlos ab.

RISIKEN NACH EINEM SCHÄDELHIRNTRAUMA

Nach einem Schädelhirntrauma kann es unbemerkt zu einer Hirnschwellung oder -blutung kommen. Durch die Begrenzung des Schädelknochens wird der Platz für das geschwollene Gehirn zu klein und es kommt zu einem gesteigerten Hirndruck. Dies kann zu Schäden am Hirngewebe, zu Krampfanfällen und sogar zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

BEACHTEN SIE BITTE FOLGENDES

Bei folgenden Symptomen sollten Sie umgehend einen Arzt oder das nächste Krankenhaus kontaktieren:

- Sehstörungen
- Bewusstseinstörung, Bewusstlosigkeit
- unterschiedlich große Pupillen
- Krampfanfall
- unregelmäßiger Atem
- verlangsamter Puls
- Sprachstörungen
- zunehmender Schwindel
- zunehmende Kopfschmerzen
- Gedächtnisstörungen
- Erbrechen
- anhaltender Schluckauf
- Blutung/Ausfluss aus Nase oder Ohren
- bei Kleinkindern: neu auftretende Verformung des Schädels

Bis zum Abklingen der Beschwerden muss der Verletzte überwacht werden und sollte jegliche Belastung vermeiden.

Folgende Überwachungsmaßnahmen sind notwendig:

- Voraussichtlich für _____ Tage
- Pulskontrolle _____ mal täglich
 - Blutdruckkontrolle _____ mal täglich
 - Pupillenreaktion _____ mal täglich
 - Körpertemperatur _____ mal täglich
 - Erweckbarkeit aus dem Schlaf _____ stündlich

Folgende Verhaltenshinweise sind zu befolgen:

Bettruhe bis: _____

Arbeitsfähigkeit/Kindergarten/Schule ab: _____

Medikamente: _____

Nächster Kontrolltermin am: _____

Bitte beachten Sie auch noch Folgendes:

Wenn sich der Gesundheitszustand im angegebenen Zeitraum nicht ausreichend bessert, kontaktieren Sie uns bitte.

Bei **Fragen** erreichen Sie uns unter Tel.: _____

Wichtige Fragen für die häusliche Überwachung

Wer wird Sie/Ihr Kind abholen, sobald Sie entlassen werden?

Name und Alter des Abholers

Wer wird Sie/Ihr Kind bis zum Abklingen der Beschwerden betreuen?

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Name und Alter der Aufsichtsperson

Wer ist Ihr Hausarzt/Kinderarzt/weiter betreuender Arzt?

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Betreuungsvollmacht

- Der Patient/ die Patientin wird von einem gesetzlichen Betreuer/ Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten, der in der Lage ist, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.
- Das Kind wird von seinen Eltern vertreten. Diese sind in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Kindes zu treffen.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Erklärung des Patienten/der Eltern

Ich/Wir habe(n) die Anweisungen gelesen und verstanden. Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir in der Lage bin/sind, die ärztlichen Verhaltenshinweise hinsichtlich körperlicher Schonung, Überwachung, Einnahme von Medikamenten etc. zu befolgen.

Falls ich/wir das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat verlassen, ist mir/uns bewusst, dass der Arzt und/oder das Krankenhaus für etwaige durch meine/unserer Entscheidung bedingte Gesundheitsschäden und finanzielle Folgen nicht haften.

Falls es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommt, werde ich/wird unser Kind umgehend in das Krankenhaus zurückkehren. Im Notfall werde/n ich /wir den Notarzt verständigen (Notrufnummer: 112).

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Eltern* / Betreuer / Vormund

Kopie: erhalten

verzichtet

Unterschrift Patientin / Patient / Eltern* / Betreuer / Vormund

*Unterschreibt nur ein Elternteil, so erklärt dieser mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder er im Einverständnis mit dem abwesenden Elternteil handelt.