



Kinderklinik

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Jena

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. James Beck

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Sektion Pneumologie/Allergologie
Mukoviszidosezentrum:

Leiter: M. Lorenz

Dr. M. Pavlova, Dr. N. Beiersdorf

Am Klinikum 1

D-07747 Jena

Tel.: 03641/ 9329 535 Fax: -536

E-Mail: Pulmo.Ambulanz @med.uni-jena.de

Universitätsklinikum Jena · Postfach · 07740 Jena

ANMELDEBOGEN Asthma/Allergiesprechstunde

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten ihr Kind in der Sektion für Pneumologie und Allergologie der Kinderklinik Jena vorstellen.

Damit wir den Ablauf Ihres Besuches planen können bitten wir Sie, vorab diesen Anmeldebogen ausgefüllt an uns zu senden, sowie die Befunde von Vor-Untersuchungen.

Sobald uns der Bogen mit den nötigen Informationen vorliegt, wenden sich unsere Schwestern zur telefonischen Terminvereinbarung an Sie.

In eiligen Fällen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre Kinderärztin / Ihren Kinderarzt. Eine Notfallbehandlung in unserer interdisziplinären Kindernotaufnahme steht Ihnen selbstverständlich rund um die Uhr offen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Pädiatrischen Pneumologie/Allergologie

Name und Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: privat:

dienstlich:

mobil:

Kinderarzt/ Überweiser:

+ Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....



Folgenden Abschnitt füllen Sie bitte selbst aus:

Warum soll Ihr Kind in der Ambulanz für Lungenkrankheiten und Allergien vorgestellt werden?)

.....
.....
.....
.....

Vorgeschichte:

Bestehen oder bestanden folgende Beschwerden: (Bitte mit ja oder nein antworten und zutreffendes unterstreichen)	ja	nein
Husten , Pfeifen oder Röcheln bei der Atmung, Atemnot, gehäufte Bronchitiden, "spastische Bronchitis", Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündungen wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
häufiger Schnupfen , Heuschnupfen, Niesanfälle, Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trärende oder gerötete Augen , Polypen, vergrößerte Mandeln, häufige Erkältungskrankheiten, Stirnkopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trockene Haut , juckende Stellen, Milchschorf, endogenes Ekzem Neurodermitis, (jetzt <input type="checkbox"/> bis zum Alter von Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nesselsucht , Quaddeln und Rötung der Haut, Schwellung nach Insektenstichen, Schwellung der Augenpartie oder Mundbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen die Beschwerden? ca. seit Jahren und Monaten	bitte eintragen	
Wie oft bestehen die Beschwerden? etwa 5-6 x im Jahr, 1 x im Monat, alle 14 Tage, jede Woche, mehrmals pro Woche, täglich, fast ständig	bitte unterstreichen	
Wann? Januar, Februar, März, April, Mai, Juni, Juli, August, September, Oktober, November, Dezember	bitte unterstreichen	
Zu welchen Tageszeiten beobachten Sie die Beschwerden? ganztägig, tagsüber, nachts, früh morgens, am Abend	bitte unterstreichen	
Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten gehäuft auf? z.B. beim Spielen, Toben, Sport, Staubsaugen, Wandern, Rasenmähen, Gartenarbeit (Welche? bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht zeitweilig völlige Beschwerdefreiheit z.B. im Urlaub /an der See / bei Verwandten /bei Regen?..... unter Therapie mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen verstärkte Beschwerden z.B. im Haus / Keller / im Freien / auf Wiesen /in Ställen oder Scheunen? bei Wetterwechsel/Kälte/Wärme/Staub/Anstrengungen/ Rauchen (auch passiv)/Smog/Pollenflug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Unverträglichkeiten / Allergien auf 1. Medikamente / Pflaster usw.?..... 2. Nahrung (Milch, Eier, Nüsse, Südfrüchte...) 3. Kleidung, Metalle, Wolle, Latex 4. Insektenstiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....



Bestehen oder bestanden folgende Beschwerden: (Bitte mit ja oder nein antworten und zutreffendes unterstreichen)	ja	nein
Gibt es bei Blutsverwandten bisher genannte Beschwerden oder Auffälligkeiten? Bei wem? Mutter / Vater / Geschwistern / Onkel / Tante / Großeltern /Cousine Welche Beschwerden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Schimmel im Wohnumfeld? feuchte Wand / viele Topfpflanzen, Heizungsanfeuchter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Federbetten / -Kissen, viele Kuscheltiere, Teppichboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Raucher in der Familie? wer ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Haustiere im Haushalt oder Garten? Zählen Sie bitte alle Tiere auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Kontakt zu den Tieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten Beschwerden bei Kontakt zu den Tieren auf? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten Symptome an Orten auf, an denen sich Tiere befinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bringen Sie zur Vorstellung mit:

- Chipkarte
- Überweisungsschein
- gelbes Untersuchungsheft
- Vorbefunde (Allergietests /
Immundiagnostik / Schweißtest...)
- Röntgenbilder (auf DVD)

WICHTIG!

Schweigepflichtentbindung :

Hiermit gebe ich (Name Eltern) mein Einverständnis zur
Anforderung von ärztlichen und therapeutischen Befunden durch die Kinderklinik Jena.

Datum.....

Unterschrift (Eltern)

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....



**Universitätsklinikum
Jena**

Folgender Abschnitt ist bitte durch die/den behandelnde *Kinderärztin* / behandelnden *Kinderarzt* bzw. *Hausärztin/Hausarzt* auszufüllen:

Verdachtsdiagnose(n):

.....
.....
.....

Nebendiagnose(n):

.....
.....

Bisherige Therapie (soweit erfolgt mit Angabe des Inhalationssystems und Therapiedauer):

.....
.....
.....

Bisherige Diagnostik (Kopien bitte beifügen!):

.....
.....

Bitte um Bestimmung in Ihrer Kinderärztlichen Betreuung vor Vorstellung:

Spezifisches IgE Inhalationsscreen, ggf. Nahrungsmittelscreen, spez. Allergene / bzw. spez. Allergie Prick-Hauttest

Immunglobuline E, G, M, A

TSH, Alpha-1-Antitrypsin

Aktueller Grund der Vorstellung? Konkrete aktuelle Fragestellung?

.....
.....

Spezifische Diagnostik gewünscht?

.....
.....

Bei der Rücksendung des Fragebogens können vorhandene **Vorbefunde / Röntgenbilder** von Ärzten oder anderen Therapeuten bereits an uns mit geschickt werden.

Universitätsklinikum Jena
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Päd. Pneumologie / Allergologie, Mukoviszidosezentrum

Am Klinikum 1
07747 Jena

Telefon: 03641 – 9329 535

Fax: 03641 – 9329 536

E-Mail: Pulmo.Ambulanz@med.uni-jena.de

.....
Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt