

ANMELDEBOGEN Spezialsprechstunde Päd. Pneumologie /Allergologie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten sich mit ihrem Kind in der Abteilung für Pneumologie und Allergologie der Kinderklinik des Klinikums Westbrandenburg vorstellen.

Damit wir den Ablauf Ihres Besuches vorab planen können bitten wir Sie, den Anmeldebogen ausgefüllt an uns zurückzusenden.

Sobald uns der Bogen mit den nötigen Informationen vorliegt, wendet/n sich unser Sekretariat / unsere Schwestern zur telefonischen Terminvereinbarung an Sie.

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Pädiatrischen Pulmologie /Allergologie

Name und Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:
.....

Telefonnummer: privat:
dienstlich:.....
mobil:.....

Kinderarzt/ Überweiser:

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/ergänzen)	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 <input type="checkbox"/> Medikamente/ <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nahrung (Milch, Eier, Nüsse, Südfrüchte...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kleidung, Metalle, Wolle, Latex <input type="checkbox"/> Insektenstiche		
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 Hauttiere 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"/>

Bei Bedarf gerne Zusatzseite nutzen

Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde

WICHTIG! **Schweigepflichtentbindung :**

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

Datum..... Unterschrift (Eltern)

Bitte **von Ihrem behandelnden Kinderarzt / Hausarzt auszufüllen:**

Verdachtsdiagnose(n):

Nebendiagnose(n):

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

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

Bisherige Diagnostik (Kopien bitte beifügen!):

.....
.....

Bitte um Zusendung der Vorbefunde aus Ihrer kinderärztlichen Betreuung (soweit erfolgt):

- Spez. IgE Inhalationsscreening, ggf. Nahrungsmittelscreening bzw. Prick-Hauttest
- Immunglobuline IgE, IgG, IgA, IgM
- Alpha-1-Antitrypsin

Bitte dem Patienten als CD mitgeben: Bildgebung (Rö./CT...) soweit vorhanden

Aktueller Grund der Vorstellung? Konkrete aktuelle Fragestellung?

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

Spezifische Diagnostik gewünscht? (z.B. Schweißtest, Lungenfunktion mit Bronchospasmolyse etc)

.....

<p>ODER: Nur Zielauftrag: als Alternative zu regulärer Vorstellung mit längerem zeitlichem Abstand:</p> <p><input type="checkbox"/> nur Spirometrie / Bodyplethysmographie <input type="checkbox"/> ggf. mit Bronchospasmolyse <input type="checkbox"/> CO-Diffusion/He-Verteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Prick Hauttest <input type="checkbox"/></p>
--

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

Anmeldebogen bitte zurücksenden an:

Päd. Pneumologie, Allergologie, Mukoviszidose
Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB)
Klinikum Westbrandenburg Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Hochstraße 29,
14770 Brandenburg an der Havel
Fax: 03381-411849 | Tel: 03381 41 18 41 | E-Mail: pulmo@uk-brandenburg.de