



Universitätsklinikum Jena · Postfach · 07740 Jena

Kinderklinik



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Jena

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Komm Direktor: Prof. Dr. T. Milde

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Sektion Pneumologie/Allergologie
Mukoviszidosezentrum:

Leiter: M. Lorenz

Dr. M. Pavlova, Dr. M. Rasche, Dr J.Burges

Dr. N. Beiersdorf

Am Klinikum 1

D-07747 Jena

Tel.: 03641/ 9329 535 Fax: -536

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

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 Terminvereinbarung an Sie. Die Wartezeit bis zur Vorstellung beträgt **zwischen 5-6 Monate**.

Den Anmeldebogen bitte primär per MAIL zusenden!

In dringenden 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: **E-Mail:**

privat:

dienstlich:

mobil:

Kinderarzt/ Überweiser:

+ Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....



**Universitätsklinikum
Jena**

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	☐	☐
Lungenentzündungen wie oft?	☐	☐
häufiger Schnupfen , Heuschnupfen, Niesanfälle, Schnarchen	☐	☐
Nasennebenhöhlenentzündungen wie oft?	☐	☐
tränen- oder gerötete Augen , Polypen, vergrößerte Mandeln, häufige Erkältungskrankheiten, Stirnkopfschmerzen	☐	☐
trockene Haut , juckende Stellen, Milchschorf, endogenes Ekzem Neurodermitis, (jetzt ☐ bis zum Alter von Jahren)	☐	☐
Nesselsucht , Quaddeln und Rötung der Haut, Schwellung nach Insektenstichen, Schwellung der Augenpartie oder Mundbereich	☐	☐
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 unter- streichen	
Wann? Januar, Februar, März, April, Mai, Juni, Juli, August, September, Oktober, November, Dezember	bitte unter- streichen	
Zu welchen Tageszeiten beobachten Sie die Beschwerden? ganztägig, tagsüber, nachts, früh morgens, am Abend	bitte unter- streichen	
Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten gehäuft auf? z.B. beim Spielen, Toben, Sport, Staubsaugen, Wandern, Rasenmähen, Gartenarbeit (Welche? bitte unterstreichen)	☐	☐
Besteht zeitweilig völlige Beschwerdefreiheit z.B. im Urlaub /an der See / bei Verwandten /bei Regen?..... unter Therapie mit	☐	☐
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	☐	☐
Bestehen Unverträglichkeiten / Allergien auf 1. Medikamente / Pflaster usw.?..... 2. Nahrung (Milch, Eier, Nüsse, Südfrüchte...) 3. Kleidung, Metalle, Wolle, Latex 4. Insektenstiche	☐	☐

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....



**Universitätsklinikum
Jena**

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?.....	☐	☐
Besteht Schimmel im Wohnumfeld? feuchte Wand / viele Topfpflanzen, Heizungsanfeuchter	☐	☐
Haben Sie Federbetten / -Kissen, viele Kuscheltiere, Teppichboden	☐	☐
Gibt es Raucher in der Familie? wer ?.....	☐	☐
Haben Sie Haustiere im Haushalt oder Garten? Zählen Sie bitte alle Tiere auf	☐	☐
Hat Ihr Kind Kontakt zu den Tieren ?	☐	☐
Treten Beschwerden bei Kontakt zu den Tieren auf? Welche?	☐	☐
Treten Symptome an Orten auf, an denen sich Tiere befinden?	☐	☐

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