

**Fragebogen zur Erst-Überweisung in die Hochschulambulanz pädiatrische Pneumologie,
Allergologie und Mukoviszidose**

Patientendaten:
Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Praxis – Stempel
Faxnummer

Anmeldung per Fax an: 0731-500 57298

Bitte unbedingt Vorbefunde mitfaxen!

Rückrufnummer der Eltern: _____

Symptome /(Verdachts-) Diagnose / Fragestellung:

Bitte spezifizieren Sie hier ggf. die Symptome genauer:

- Husten Belastungsdyspnoe/-husten Allergie Anaphylaxie
 Husten-Dauer
 < 3 Wochen 3 – 8 Wochen > 8 Wochen
 Beginn mit akutem Atemwegsinfekt fortbestehende Symptome akuter Infektion

 saisonabhängige Symptome
 Frühjahr Sommer Herbst Winter

 Warnsymptome
 progrediente Beschwerden rezidivierende (Major-) Infektionen
 Grunderkrankung Tb-Verdacht/Kontakt
 Hämoptysen erhöhte Atemfrequenz in Ruhe

Bisherige Diagnostik (bitte dem Fax beifügen)

Labordiagnostik:

Differentialblutbild normal pathologisch nicht durchgeführt
Immunglobuline A, G, M, E normal pathologisch nicht durchgeführt
Haut-Pricktest/spez. IgE normal pathologisch nicht durchgeführt

Bildgebung:

Röntgen-Thorax normal pathologisch nicht durchgeführt
CT-/MRT-Thorax normal pathologisch nicht durchgeführt

Lungenfunktion: normal pathologisch nicht durchgeführt
Bronchoskopie: normal pathologisch nicht durchgeführt
Neugeborenen screening: normal pathologisch nicht durchgeführt
Schweißtest: normal pathologisch nicht durchgeführt

Externe Vorbefunde: Briefe externes Krankenhaus (stationäre Aufenthalte)
 HNO-ärztliche Vorstellung
 Sonstige: _____

Bereits erfolgte Therapie (je nach Symptomatik)

- Inhalative Steroide → Präparat: _____
 beta-2 Mimetika → Präparat: _____
 antibiotische Therapie → Präparat: _____ Dauer: _____
 Hyposensibilisierung → Präparat: _____ Dauer: _____
 Notfallapotheke vorhanden → Präparate: _____
 sonstige (Biologika, ...) → Präparate: _____

Anhand dieser Daten wird die Vorstellung in unserer Ambulanz terminiert. Vielen Dank.