

**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/Anforderung an uns:**

Bitte spezifizieren Sie hier ggf. die Symptome genauer:

- Husten       Belastungsdyspnoe/-husten       Allergie       Anaphylaxie  
 Husten-Dauer  
     < 3 Wochen     3 – 8 Wochen     > 8 Wochen  
     Grunderkrankung       Tb-Verdacht/Kontakt  
     Hämoptysen               erhöhte Atemfrequenz in Ruhe

**Bisherige Diagnostik (bitte dem Fax beifügen)**

Labordiagnostik:

- |                           |                              |                                    |  |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------------|--|
| Differentialblutbild      | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |
| Immunglobuline A, G, M, E | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |
| Haut-Pricktest/spez. IgE  | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |

Bildgebung:

- |                |                              |                                    |  |
|----------------|------------------------------|------------------------------------|--|
| Röntgen-Thorax | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |
| CT-/MRT-Thorax | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |

- |                          |                              |                                    |  |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------------|--|
| Lungenfunktion:          | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |
| Bronchoskopie:           | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |
| Neugeborenenenscreening: | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |
| Schweißtest:             | <input type="radio"/> normal | <input type="radio"/> pathologisch | <input type="radio"/> nicht durchgeführt |

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

**Bereits erfolgte Therapie (je nach Symptomatik)**

- |   |                    |              |
|---|--------------------|--------------|
| <input type="radio"/> Inhalative Steroide       | → Präparat: _____  |              |
| <input type="radio"/> beta-2 Mimetika           | → Präparat: _____  |              |
| <input type="radio"/> antibiotische Therapie    | → Präparat: _____  | Dauer: _____ |
| <input type="radio"/> Hyposensibilisierung      | → Präparat: _____  | Dauer: _____ |
| <input type="radio"/> Notfallapotheke vorhanden | → Präparate: _____ |              |
| <input type="radio"/> sonstige (Biologika, ...) | → Präparate: _____ |              |

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