

Anfragender Arzt: _____

Name des Patienten und Geburtsdatum: _____

(Verdachts-) Diagnose: _____ Notfall:

Anamnese und aktuell Problematik: _____

Fragestellung: _____



| Bisherige Diagnostik: | ja | unauffällig | auffällig | Datum | Befund |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------|
| Bildgebung: | | | | | |
| Röntgen-Thorax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| CT-Thorax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| MRT-Thorax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Allergiediagnostik: | | | | | |
| Prick | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| RAST | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Lungenfunktion: | | | | | |
| Spirometrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Bodyplethysmographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Widerstandsmessung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| eNO (bronchial) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Labor: | | | | | |
| Allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Speziell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Immundiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Sonstiges I: | | | | | |
| Schweißtest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| pH-Metrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| BAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Biopsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Ziliendiagnostik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| eNO (nasal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Sonstiges II: | <input type="checkbox"/> | | | | |

Bisherige Therapien

- Inhalative Akuttherapie _____
- Inhalative Dauertherapie _____
- Systemische Akuttherapie _____
- System. Dauertherapie _____
- Atemtherapie Zeitraum: _____
- Psychotherapie Zeitraum: _____
- Rehabilitation Zeitraum: _____

Bitte alle Befunde beifügen oder dem Patienten mitgeben!

Vermittlung an Kinderpneumologen erwünscht:

Ich betreue den Patienten pneumologisch / allergologisch in meiner Praxis weiter,
gerne aber lockere Anbindung an das Kinderpneumologische Kompetenzzentrum:

Anmeldung bitte per **Fax: 07121 577124** oder **07121 200 4481** oder per **mail: kinderpneumologie@klin-rt.de**