



ANMELDEBOGEN FÜR DIE KINDERPNEUMOLOGISCH/ALLERGOLOGISCHE SPRECHSTUNDE

Kinderärzte Friesenweg -- Dres. Müller-Stöver und Held

Name & Geburtsdatum des Kindes:

Name & Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten:

Anschrift:

Telefonnummer(n):

E-Mail-Adresse(n):

Kinderarzt:

Überweisung nein ☐ ja ☐

Name und Fachrichtung des überweisenden Arztes:

Warum soll Ihr Kind bei uns vorgestellt werden? Welche Beschwerden hat Ihr Kind?

Husten/Asthma: nein ☐

Ja ☐ wann hustet Ihr Kind?

Husten nachts ☐ Husten bei Belastung ☐ Husten bei Allergie ☐ Husten bei Infekt ☐

Atemgeräusche ☐ welche?

Wenn Husten/Asthma:

inhaliert Ihr Kind Medikamente? Nein ☐

ja ☐ welche?

Salbutamol ☐ wie oft?

Inhalatives Cortison ☐ welches?

andere Sprays ☐ welches?

Wann hat Ihr Kind Beschwerden/Husten/Atemnot?

täglich ☐ im Infekt ☐ nachts ☐ in der Allergie-Saison ☐

 bei Belastung ☐ bei Kälte ☐ beim Lachen ☐

Heuschnupfen nein ☐

ja ☐ zu welcher Jahreszeit?

Soll eine Hyposensibilisierung geplant werden? Ja ☐

Ich wünsche mir Information zur Hyposensibilisierung Ja ☐ Nein ☐

Nahrungsmittelallergie: nein ☐

ja ☐ welche Nahrungsmittel?

Welche Symptome? Atemnot ☐ Hautreaktion ☐ Erbrechen ☐

 stationäre Behandlung/Notaufnahme ☐

Wurde ein Notfallset ausgestellt? Nein ☐



Kinder und Jugendärztliche Gemeinschaftspraxis
CF-Zentrum Altona (Ambulanz)

Ja ☐ mit: Adrenalin-Pen ☐ Antihistaminikum ☐ Cortison Saft/Tabletten/Zäpfchen ☐
Salbutamol ☐

Ekzem: nein ☐

Ja ☐ Welche Cremes/Medikamente werden angewendet:

☐ Allergie auf Medikamente: ☐ Allergie auf Insektengift:

☐ Anderer Vorstellungsgrund:

☐ eigene Fragestellung:

Hat Ihr Kind eine andere bekannte Grunderkrankung? ☐ nein

☐ ja welche?

Bei welchen anderen Krankenhäusern, Ärzten oder Ambulanzen ist Ihr Kind schon behandelt worden?

☐ AKK. Welche Abteilung?

☐ Kinderkrankenhaus Wilhelmstift. Welche Abteilung?

☐ UKE. Welche Abteilung?

☐ HNO. Welcher?

☐ Kinderkardiologie. Welche?

☐ andere Pneumologen/Allergologen. Welche?

Bitte fügen Sie alle Berichte aus diesen Behandlungen bei.

Wurden folgende Untersuchungen bereits durchgeführt?

☐ Pricktest wann?

☐ Allergiediagnostik aus dem Blut wann?

☐ Röntgen der Lunge wann?

☐ Schweißtest wann?

 wo?

☐ Hyposensibilisierung wann?

 Gegen welches Allergen?

Bitte fügen Sie alle Ergebnisse aus diesen Untersuchungen bei.

Mit der Unterschrift und den Angaben meiner Daten stimme ich hiermit zu, dass ich auf die genutzte/angegebene E-Mail-Adresse eine unverschlüsselte Antwort von der Praxis erhalte, oder von dieser angerufen werde.

--

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Des Weiteren erteile ich ebenso mein Einverständnis, dass die Ärzte und Mitarbeiter der Kinderarztpraxis Friesenweg ggf. zu den hier angegebenen behandelnden Kinderärzten bzw. Vorbehandlern Kontakt aufnehmen dürfen.

Termine in der Pulmologischen Sprechstunde für Lungenfunktionsuntersuchungen und/oder Allergietest (Pricktests), sowie Termine in der Gastroenterologischen Sprechstunde mit sonographischen Untersuchungen werden verbindlich für Ihr Kind reserviert.

Für diese Untersuchungen wird zudem entsprechendes Personal eingeplant. Eine kurzfristige anderweitige Vergabe des Termins ist daher in der Regel nicht möglich.

Sollte ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen werden können, bitten wir um eine Absage spätestens 48 Stunden vor dem Termin. Die Absage kann telefonisch, persönlich oder über das dafür vorgesehene Kontaktformular auf unserer Website erfolgen.

Bei einer späteren Absage oder bei Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 € berechnet werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte und hierdurch ein entsprechender Ausfall entstanden ist.

Kann der Termin anderweitig vergeben werden, wird kein Ausfallhonorar berechnet.

Das Ausfallhonorar wird nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und ist vom Patienten bzw. den Sorgeberechtigten selbst zu tragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen zu haben und mit der Vereinbarung eines möglichen Ausfallhonorars einverstanden zu sein.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



**Bitte senden Sie die ausgefüllten, sowie unterschriebenen Seiten 1, 2 & 3
und die notwendigen Unterlagen an uns – nur dann können wir Ihr Anliegen bearbeiten!**

per Post an: Dres. Müller-Stöver und Held, Friesenweg 2, 22763 Hamburg

oder Mail an: facharzt@kinderaerztefriesenweg.de

oder faxen Sie oder Ihre Kinderarztpraxis an 040 380 53 52

Wir setzen uns dann innerhalb von 14 Tagen mit Ihnen für einen Termin in Verbindung. Bitte kontrollieren Sie auch Ihren Spam-Ordner.

Sollten Sie beim dritten Mal nicht erreichbar sein, versuchen wir es nicht erneut.

Zum Termin bringen Sie bitte mit:

Gesundheitskarte des Kindes

Erziehungsberechtigtes Elternteil oder Erwachsenen mit Vollmacht des erziehungsberechtigten Elternteils
Überweisung

Alle Medikamente, die Sie aktuell nutzen oder in der Vergangenheit genutzt haben (ggf. Foto)

Alle medizinischen Unterlagen von Vorbehandlungen

Sie erreichen uns:

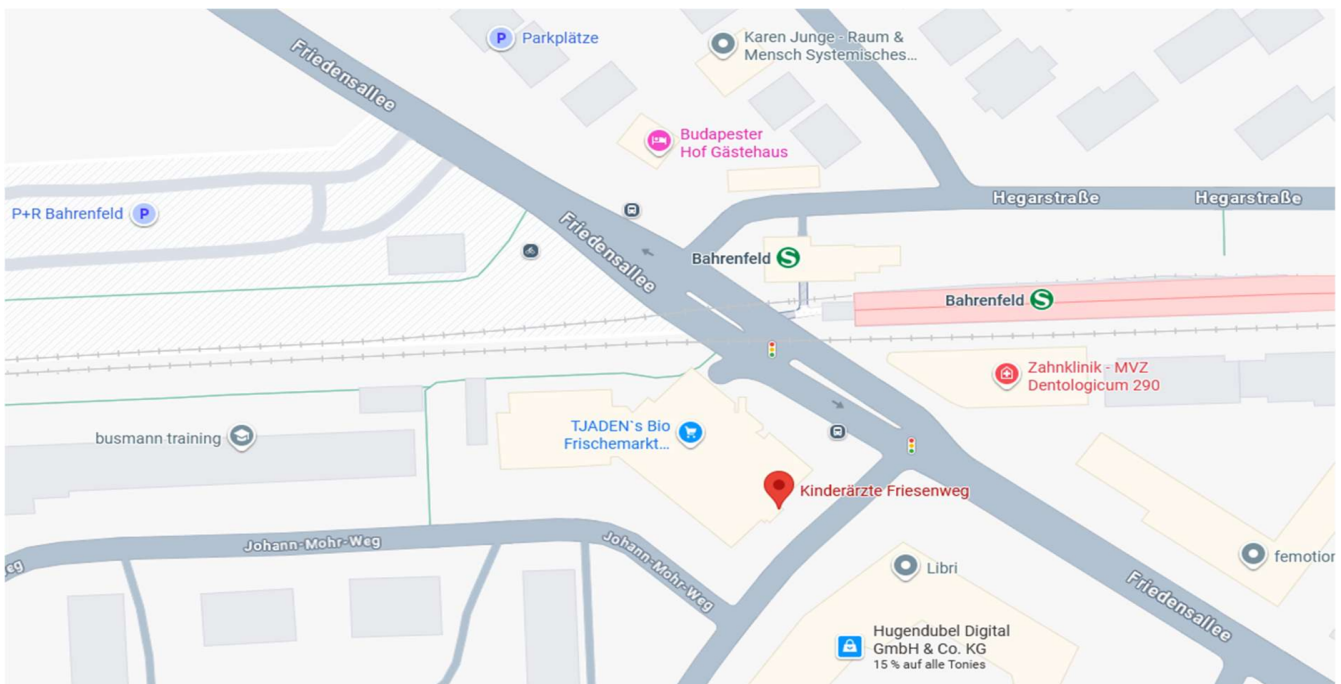
ÖPNV: S-Bahn Bahrenfeld

Parken:

Anwohnerparken kostenpflichtig (4 Euro/Std) /E-Auto (3 Stunden kostenfrei)

Weitere kostenpflichtige Parkmöglichkeiten in der Nähe

Friesenweg 2, 22763 Hamburg, im 1. Stock. Fahrstuhl vorhanden, keine barrierefreien Toiletten



Quelle: maps.google.com