



ANMELDEBOGEN FÜR DIE KINDERPNEUMOLOGISCH/ALLERGOLOGISCHE SPRECHSTUNDE

Kinderärzte Friesenweg -- Dres. Müller-Stöver und Held

Name des Kindes (wie auf der Gesundheitskarte):

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefon (gerne 2 Telefonnummern):

E-Mail-Adresse:

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 Allergiesaison

 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

Ja mit: Adrenalinpen 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 erkläre ich mich zur Kontaktierung per E-Mail oder Telefon/SMS einverstanden. Außerdem erkläre ich ebenso mein Einverständnis, dass die Ärzte und Mitarbeiter der Kinderarztpraxis Friesenweg ggf. Kontakt zu den hier angegebenen behandelnden Kinderärzten bzw. Vorbehandlern Kontakt aufnehmen dürfen.

Mit der Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass im Falle eines unentschuldigtes Nichterscheinens am Termin, 50 Euro in Rechnung gestellt werden.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Bitte senden Sie die ausgefüllten Seite 1 und 2 und die Unterlagen an uns

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

oder Mail an: facharzt@kinderarztiefriesenweg.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.

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:

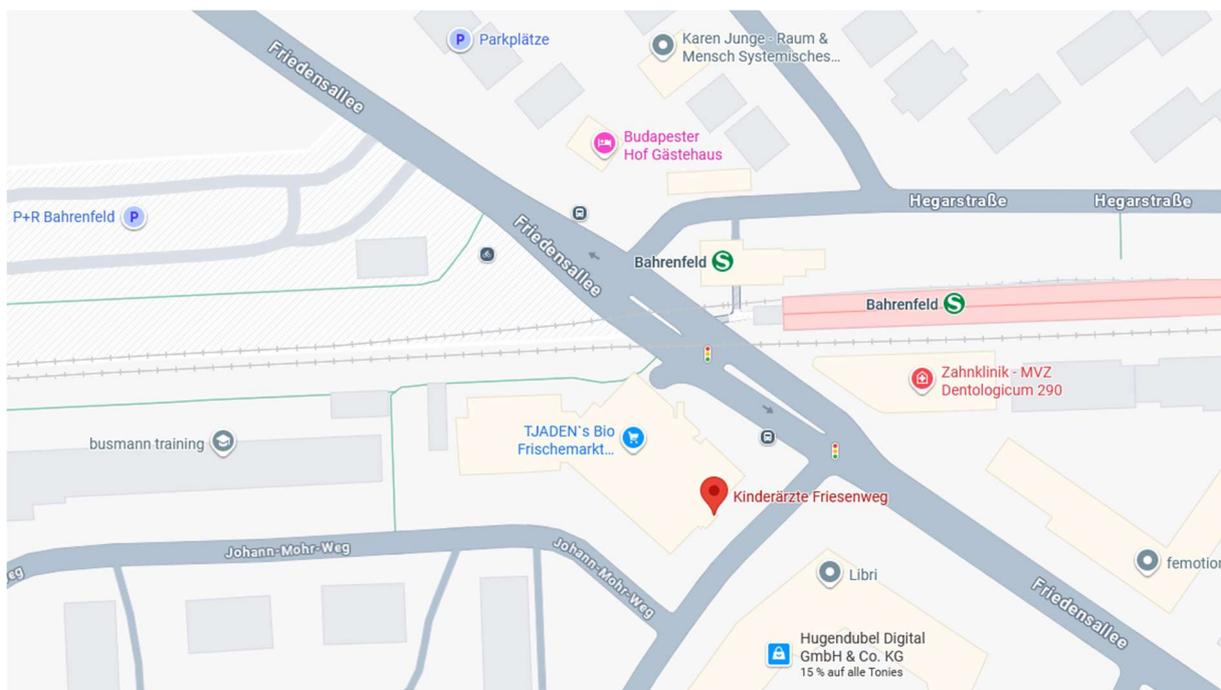
ÖPNV: S-Bahn Bahrenfeld

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