



# UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG

Universitätsklinikum Heidelberg | Im Neuenheimer Feld 430 | 69120 Heidelberg

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind in unserer Spezialambulanz für pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose vorstellen. Um Sie möglichst optimal betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Punkte zu beachten.

## Terminvereinbarung

Damit wir den oder die Untersuchungstermine genau auf die Fragestellung und Situation Ihres Kindes abstimmen können, ist es notwendig, dass Sie uns den beiliegenden Fragebogen, welcher vom Kinderarzt ausgefüllt sein muss, an folgende Adresse zurückschicken:

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Sektion Päd. Pneumologie & Allergologie und Mukoviszidose-Zentrum  
Im Neuenheimer Feld 430  
69120 Heidelberg  
Fax: +49 06221/56-5281.

Wenn Ihr Kind bereits anderswo ambulant oder stationär untersucht worden ist, legen Sie bitte alle Kopien dieser Berichte bei. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihre Anfrage erst nach Vorlage vollständiger Unterlagen bearbeiten können. Nach Eingang aller Unterlagen werden diese von uns geprüft und die Untersuchungstermine geplant. Sie erhalten dann eine schriftliche oder telefonische Mitteilung über den oder die Untersuchungstermine.

## Vorbefunde und weitere Unterlagen

Bitte denken Sie auch daran, zu dem Termin in unserer Ambulanz die folgenden Dinge mitzubringen:

1. Überweisungsschein
2. Gelbes Untersuchungsheft/Impfpass
3. Vorbefunde/Arztberichte, ggf. Vorbefunde von radiologischen Untersuchungen (Röntgen, CT, MRT), wenn möglich auf einer CD.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der pädiatrischen Pneumologie und Allergologie Heidelberg

## Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Angelika-Lautenschläger-Klinik

### Klinik Kinderheilkunde III

Prof. Dr. med. A. Kulozik, PhD  
Ärztlicher Direktor

### Sektion

### Päd. Pneumologie & Allergologie und Mukoviszidose-Zentrum

Leiter: PD Dr. med. O. Sommerburg

Im Neuenheimer Feld 430  
D-69120 Heidelberg

+49 06221/56-5696

[www.kinderpneumologie.uni-hd.de](http://www.kinderpneumologie.uni-hd.de)



**Anmeldung zur Neuvorstellung in der Ambulanz für  
pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose**

(vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen)

Familienname: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_, Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert       privat versichert

Telefonnummer überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Mitbetreuender Pneumologe/Allergologe (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Zweitmeinung       Mitbeurteilung

Grund der Vorstellung/Kurzanamnese:

---

---

---

Fragestellung (möglichst genau, da hiervon der Zeitpunkt des Termins/Dringlichkeit abhängt):

---

---

---

Bislang erhobene Befunde (Bitte senden Sie uns mit diesem Formular auch Arztbriefe, Laborwerte, Medikamentenplan und Untersuchungsbefunde zu.):

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (behandelnder Kinderarzt): \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

