



## ANMELDEBOGEN Insektengiftallergie

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten ihr Kind in der Sektion für Pneumologie und Allergologie der Kinderklinik Jena vorstellen.

Damit wir den Ablauf Ihres Besuches planen können bitten wir Sie, vorab diesen Anmeldebogen ausgefüllt an uns zu senden, sowie die Befunde von Vor-Untersuchungen.

Sobald uns der Bogen mit den nötigen Informationen vorliegt, wenden sich unsere Schwestern zur telefonischen Terminvereinbarung an Sie.

In eiligen Fällen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre Kinderärztin / Ihren Kinderarzt. Eine Notfallbehandlung in unserer interdisziplinären Kindernotaufnahme steht Ihnen selbstverständlich rund um die Uhr offen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

Ihr Team der Pädiatrischen Pneumologie/Allergologie

Name und Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: privat: .....

dienstlich: .....

mobil: .....

Kinderarzt/ Überweiser: .....

**+ Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt**

---

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....



**Universitätsklinikum  
Jena**

**Folgender Abschnitt ist bitte durch die/den behandelnde *Kinderärztin* / behandelnden *Kinderarzt* bzw. *Hausärztin*/*Hausarzt* auszufüllen:**

**Anamnese (n): Welches vermutete Insekt?**

.....

**Welche Reaktion wurde nach Insektenstich beobachtet?:**

.....

.....

**Bekannte Vorerkrankungen?: (Asthma, Chronische Bronchitis, „Neurodermitis“, Heuschnupfen ?)**

.....

.....

.....

**Ggf. Bisherige Diagnostik (Kopien bitte beifügen!):**

.....

.....

**Bitte um Bestimmung in Ihrer Kinderärztlichen Betreuung vor Vorstellung wenn möglich:**

Spezifisches IgE betreffendes Insekt oder Prick TEST, ges. IgE, Tryptase

**Aktueller Grund der Vorstellung? Konkrete aktuelle Fragestellung?**

.....

.....

Bei der Rücksendung des Fragebogens können vorhandene **Vorbefunde / Röntgenbilder** von Ärzten oder anderen Therapeuten bereits an uns mit geschickt werden.

Universitätsklinikum Jena  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Päd. Pneumologie / Allergologie, Mukoviszidosezentrum

Am Klinikum 1  
07747 Jena

Telefon: 03641 – 9329 535  
Fax: 03641 – 9329 536  
E-Mail: Pulmo.Ambulanz@med.uni-jena.de

.....  
Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt