Dysphagie- und Kanülensprechstunde
emel.camlilar@hegau-jugendwerk.de
TEL: +49 (0) 7734 939 501
FAX: +49 (0) 7734 939 206

HEGAU-JUGENDWERK GMBH
Kapellenstr. 31
D-78262 Gailingen
www.hegau-jugendwerk.de

Name	Kontakt:
	Anmeldung auf Empfehlung von:
Geb. Datum	Brief an:

Terminanfrage, Fragebogen

Gewünschte Untersuchung

Tracheobronchoskopie & Videoendoskopische Schluckdiagnostik (nichtzutr. streichen)

Untersuchung möglichst am/bis _____

Bitte mitbringen/vorbereiten (bei Fragen, s.o. Tel./E-Mail):

- ⇨ Krankenhaus**einweisung** und Kostenzusage für o.g. Untersuchung (nur wenn gesetzlich krankenversichert)
- ⇨ Einverständniserklärung (Patient, Eltern, gesetzliche Betreuer)
- ⇨ Relevante Vorbefunde, Arztbriefe, Berichte, wenn möglich vorab als Fax an +49 (0) 7734 939 206
- ⇨ 3 Std. nüchtern (Medikamente sollen weitergegeben werden, Rücksprache bei Insulin-Pflicht und bei Kleinkindern)

Symptombezogene **Diagnosen**/Anamnese/Verlauf (stichwortartig)

Multiresistente Keime?

Symptombezogene Voruntersuchungen:

Blutverdünner?

Fragestellung (ggf. klinische Hinweise und Zwischenanamnese bei Wiedervorstellung)

Wenn jeweils zutreffend, bitte nur ankreuzen und evt. kommentieren, sonst einfach frei lassen.

Symptome/Status vor der Untersuchung	**nicht vorhanden**	**vorhanden**	**Kommentar**
Trachealkanüle			
geblockt			
Absaugfhäufigkeit > 5x pro Tag			
Speichelaustritt am Stoma			
Absaugpflicht oral/nasal			
Behinderte Nasenatmung			
Belegte Stimme			
Rasselnde Atmung			
Infekte			
Fehlende Kopfkontrolle/Hypotonie			
Kraftloses Husten			
Stimmlosigkeit			
Ernährungssonde			
Speichelfluss			
Klinischer Aspirationsverdacht			
Reflux-Symptome			
Nur ausfüllen, wenn (teil)orale Kost (auch, wenn nur in der Therapie):			
Ablehnung, Vermeidung, Schluck-Diät			
Abnahme-, Kau-, Transportstörung			
Husten nach Nahrung			
Husten nach Flüssigkeit			
Kloßgefühl (subjektiv)			
Gewichtsverlust/Gedeihstörung			
Besonderheiten			

Anmeldedatum, Unterschrift: