



ANMELDEBOGEN Postvirale / Postinfektiöse Ambulanz

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind in der Postviralen Ambulanz der Kinderklinik Jena anmelden.

Um Ihr Kind optimal einschätzen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen vollständig ausgefüllt und vom Kinderarzt unterschrieben an postviralkinder@med.uni-jena.de zu senden. Im Anschluss wird Ihnen eine E-Mail mit einem Link zu weiteren Fragebögen gesendet, die Sie bitte vollständig ausfüllen. Außerdem schicken Sie uns bitte alle Arztbriefe und Vorbefunde zu. Im Anschluss melden wir uns bei Ihnen für eine Terminvereinbarung in unserer Ambulanz.

Bitte lassen Sie sich erst einen Termin in unserer Ambulanz geben, wenn die Symptome Ihres Kindes **>12 Wochen bestehen**. Eine symptomorientierte Abklärung muss von Ihrem Kinderarzt bereits erfolgt sein (s.u.).

Datum der Infektion _____ Welche Infektion? _____

Bitte bringen Sie zur Vorstellung den Überweisungsschein Ihres Kinderarztes / Ihrer Kinderärztin, Ihre Versicherungskarte, das gelbe Untersuchungsheft, den Impfausweis und Vorbefunde (Allergietests/Immundiagnostik/Röntgenbilder bzw. alle Arztbriefe mit.

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail (sonst keine Kontaktaufnahme möglich!): _____

Kinderarzt mit Anschrift: _____

+ Unterschrift / Stempel zuweisender Arzt

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....



**Universitätsklinikum
Jena**

Gibt es bekannte Vorerkrankungen bei Ihrem Kind?

Was sind die 3 führenden klinischen Beschwerden? Welche Beschwerden liegen insgesamt vor?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Weitere: _____

Wie lange bestehen die Beschwerden schon? Datum: ____ . ____ . ____

Wie stark beeinträchtigen die aktuellen Symptome die Alltagsfunktionen?

Gar nicht mittelgradig stark

Gab es im Rahmen der akuten Erkrankung/Infektion bisher Krankenhausaufenthalte? ja nein

Erfolgte der Krankenhausaufenthalt wegen Diagnose eines Sepsis/schweren Infektion? ja nein

Welche Post-Viralen Symptome beschreibt Ihr Kind/ sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen und bestehen seit > 12 Wochen?

Symptome:

- Kurzatmigkeit in Ruhe/unter Belastung
- Ruhe-/Belastungs-Husten
- Übelkeit/Erbrechen
- Bauchschmerzen
- Durchfall
- Kopfschmerzen
- Herzrasen
- vermehrte Müdigkeit
- Konzentrationsschwäche
- Leistungsabfall
- Schlafstörungen
- Riech- und Geschmacksstörungen
- Gliederschmerzen/Muskelschmerzen
- Muskelschwäche
- psychische Beschwerden (Angstzustände, Depression)
- andere Symptome: _____

wenn ja, sind folgende Untersuchungen über den Kinderarzt erforderlich:

- Lungenfunktion
- Sono Abdomen, ggf. Atemtests, Endoskopien
- Stuhlprobe auf path. Keime, Calprotectin, Sono Abdomen, ggf. Atemtests, Endoskopien
- Kopfschmerzabklärung
- EKG, ggf. Echo, LZ-EKG



Kann Ihr Kind aufgrund der Beschwerden die Schule nicht oder nur eingeschränkt besuchen?

Regulärer Schulbesuch verkürzter Schulbesuch kein Schulbesuch

Fehltage in den letzten 6 Monaten: _____

In eiligen Fällen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre Kinderärztin / Ihren Kinderarzt oder jederzeit an unsere interdisziplinäre Kindernotaufnahme. Alternativ bitten wir um Kontaktaufnahme Ihrer Hausärzt*in/Kinderärzt*in direkt mit uns.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Postviralen Ambulanz