**Anmeldungsbogen** Datum:

**Anmeldender Arzt:**         
Klinik:        
Ort/Straße:        
Telefon:       E-Mail:

**Patient**Nachname:       Vorname:

geb.:

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsgewicht:       g Gest.-Alter bei Geburt: + SSW

**Kontaktdaten Eltern**

Name:        
Adresse:        
Telefon:       E-Mail:

**Diagnosen:**

**Geburt:** Gewicht       g in Schwangerschaftswoche

**Aktuell**:  stationär  ambulant  
Alter: Monate Tage

Gewicht       g

Ernährung:  oral Sonde  PEG

Bei spezieller Nahrung, diese bitte für die ersten Tage mitbringen.

**Mikrobiologie Abstriche**MRSA  nein  ja   
MRGN:  nein  Ja

Andere Keime:  nein  Ja

**Bisherige Diagnostik** (falls durchgeführt, **mit Befunden**!)

Polygraphie/Polysomnographie  nein  Ja        
Nasopharyngeale Endoskopie  nein  Ja        
Kieferorthopädie  nein  Ja        
Mund-,Kiefer-,Gesichtschirurgie  nein  Ja        
Humangenetik  nein  Ja        
Andere (z.B. Bildgebung):      

**Art der Spalte**

**Weiter Fehlbildungen/Auffälligkeiten** (Hinweise auf syndromale Erkrankungen

**Aktuelle Atemsituation** Unterstützungsbedarf? (High-Flow-Nasenkanüle, CPAP, Tubus, …)

**Bisherige/aktuelle Therapie** (Platte, Atemhilfe, ...)

**Andere relevante Daten**

**Mitaufnahme weiterer Personen**

Nur Mutter - im Mütterzimmer (stationsnah)

Auch Vater/Geschwister (Ronald Mc.Donald-/Familienhaus ca. 10min entfernt)

Rückfragen Psychosozialer Dienst: [Ute.Muelder@med.uni-tuebingen.de](mailto:Ute.Muelder@med.uni-tuebingen.de)

**Bitte senden Sie uns zusätzlich vorhandene Arztbriefe, Befunde und möglichst einige Bilder (Profil und von vorn) und ggf. ein aussagekräftiges Video an** [**face@med.uni-tuebingen.de**](mailto:face@med.uni-tuebingen.de)