

**Anmeldeformular zur ambulanten Videofluoroskopie
in der Universitätsklinik Tübingen**

Gender Disclaimer: Die im Formular gewählte männliche Form bezieht immer gleichermaßen weibliche Personen ein.
Auf eine Doppelbezeichnung wurde aufgrund einfacherer Lesbarkeit verzichtet

Schicken Sie bitte dieses ausgefüllte Anmeldeformular zusammen mit der Logopädie-Heilmittelverordnung* und der Röntgenanforderung* an die folgende Adresse:

Universitätsklinikum Tübingen
TherapieZentrum, Team Logopädie
Hoppe-Seyler Str.3
72076 Tübingen

Alternativ können Sie das ausgefüllte Anmeldeformular zusammen mit der Logopädie - Heilmittelverordnung und der Röntgenanforderung an die Faxnummer: **07071 – 29 25099** senden (wichtig: In diesem Fall muss das Original der Heilmittelverordnung und der Röntgenanforderung zum Untersuchungstermin mitgebracht werden*)

Folgender Patient wird zur Untersuchung angemeldet:

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ Krankenkasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____
ggf. Faxnummer (zur Terminbestätigung): _____
ggf. E -Mailadresse (zur Terminbestätigung): _____
Anmeldung: zum Ersttermin zur Verlaufskontrolle

Weitere Informationen zum Patienten:

Der Patient kommt im Rollstuhl: JA NEIN

Der Patient muss abgesaugt werden: JA NEIN (Sollte es erforderlich sein, dass ein Patient abgesaugt wird, muss das Absauggerät zur Untersuchung mitgebracht werden)

Der Patient trägt eine Trachealkanüle: JA NEIN (Bei Patienten mit einer Trachealkanüle muss eine Kanüle ohne Metallanteil, sowie Sprechaufsatz und Cuffdruck-Messgerät mitgebracht werden)

Sonstiges: _____

Eine Schilddrüsenüberfunktion liegt vor: JA NEIN

➔ Sollten Sie bezüglich dieser Fragestellung unsicher sein, fragen Sie bitte bei Ihrem Arzt nach. Bei einer Fehlangabe kann es durch das Kontrastmittel, das bei der Untersuchung verabreicht wird, zu gesundheitlichen Problemen kommen.

Wenn Sie eine Schilddrüsenüberfunktion haben: Wird diese medikamentös behandelt JA NEIN

Sollte bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion vorliegen, **die medikamentös behandelt wird:**

- Lassen Sie bitte bei Ihrem Arzt eine Blutuntersuchung zur Bestimmung des TSH-Wertes und der fT3- und fT4 – Werte durchführen und lassen Sie uns bitte eine Kopie der Untersuchungsergebnisse zusammen mit diesem Anmeldeformular zukommen.
- Bitte beachten Sie, dass zwischen der Blutabnahme und der Videofluoroskopie maximal 4 Wochen liegen dürfen.

Sollte bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion vorliegen, **die medikamentös nicht behandelt wird:**

- Lassen Sie bitte bei Ihrem Arzt eine Blutuntersuchung zur Bestimmung des TSH-Wertes durchführen.
- Sollte der TSH-Wert im Referenzbereich liegen, lassen Sie uns bitte eine Kopie des Untersuchungsergebnisses zusammen mit diesem Anmeldeformular zukommen.
- Sollte der TSH-Wert unterhalb des Referenzbereiches liegen, müssen zusätzlich die peripheren Hormone fT3 und fT4 bestimmt werden.
- Sollten die fT3- und fT4 – Werte normal/erniedrigt sein, lassen Sie uns bitte eine Kopie der Untersuchungsergebnisse zusammen mit diesem Anmeldeformular zukommen.
- Sollten die fT3- und fT4 – Werte erhöht sein, bitten wir Sie vor der Anmeldung zu einer Videofluoroskopie einen Endokrinologen aufzusuchen.
- Bitte beachten Sie, dass zwischen der Blutabnahme und der Videofluoroskopie maximal 4 Wochen liegen dürfen.

Untersuchungstermin

Bitte teilen Sie uns drei Tage im Zeitraum der nächsten drei Wochen mit, an denen die Untersuchung von Seiten des Patienten möglich wäre (Termine vergeben wir am Montag zwischen 14.00 und 15.00 Uhr und von Dienstag bis Freitag zwischen 9.00 und 10:00 Uhr):

Termin 1:

Datum: _____

Termin 2:

Datum: _____

Termin 3:

Datum: _____

Der Patient wird durch den folgenden Arzt zur Untersuchung überwiesen:

Name: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Ärztliche Fragestellungen bezüglich der Videofluoroskopie: _____

Kurze Angaben zur Krankengeschichte/ mögliche bzw. bekannte Ursachen für die Schluckstörung:

Logopädie

Wird oben genannter Patient bereits ambulant logopädisch betreut? nein ja

Wenn Sie „ja“ angekreuzt haben, lassen Sie den folgenden Abschnitt bitte von dem Logopäden ausfüllen:

Name der Logopädiepraxis: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Faxnummer: _____

E-Mailadresse: _____

Informationen zum Stand der logopädischen Therapie, Fragestellungen bezüglich der Videofluoroskopie, ggf. zu testende Schluckmanöver: _____

Termin

Der Termin für die Videofluoroskopie soll

dem Patienten dem zuweisenden Arzt dem Logopäden
mitgeteilt werden.

Untersuchungsbericht

Der Untersuchungsbericht soll verschickt werden an

den zuweisenden Arzt den Patienten

* Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Termine nur mit korrekt ausgefüllter Heilmittelverordnung (siehe Ausfüllvorlage), korrekt ausgefüllter Röntgenanforderung und vollständig ausgefülltem Anmeldeformular (und ggf. einer Kopie der aktuellen Laborwerte) vereinbart werden können. Außerdem können wir die Untersuchung nur dann durchführen, wenn uns das Original der Logopädie-Heilmittelverordnung und der Röntgenanforderung am Tag der Untersuchung vorliegt.