



TherapieZentrum

Zentrum für Physiotherapie,
Ergotherapie und Logopädie

Geschäftsführer: Tobias Schumacher
Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen

Tel. 07071 29-80481

tobias.schumacher@med.uni-
tuebingen.de

Informationsblatt für Patienten, Ärzte und Logopäden

Ambulante Untersuchung der Schluckfunktion mittels Videofluoroskopie

1. Untersuchung

Die videofluoroskopische Untersuchung des Schluckakts ist eine radiologische Untersuchung zur Diagnostik von Schluckstörungen, die gemeinsam von Radiologen und Logopäden unseres Hauses durchgeführt und ausgewertet wird.

Es kann das Schlucken verschiedener Nahrungsmittelkonsistenzen (fest (in Kontrastmittel getränktes Brot), breiig und flüssig) überprüft werden. Außerdem kann eine Aussage über den Schweregrad der Schluckstörung und über das Aspirationsrisiko getroffen werden. Auch ist es möglich, die Effektivität therapeutischer Maßnahmen (z.B. erlernte Schluckmanöver) zu beurteilen.

2. Voraussetzungen

- Der Patient hat keine Jod - Unverträglichkeit (bei der Untersuchung wird ein jodhaltiges Kontrastmittel genutzt).
- Der Patient ist kooperationsfähig und kann einfachen Aufforderungen nachkommen.
- Der Patient kann im Rollstuhl bzw. frei auf einem Stuhl sitzen.
- Sollte es erforderlich sein, dass ein Patient abgesaugt wird, muss das Absauggerät zur Untersuchung mitgebracht werden.
- Bei Patienten mit einer Trachealkanüle muss eine Kanüle ohne Metallanteil, sowie Sprechaufsatz und Cuffdruck-Messgerät zur Untersuchung mitgebracht werden.
- Sollte der Patient nicht einwilligungsfähig sein, muss der Betreuer oder der Bevollmächtigte den Patienten am Untersuchungstag begleiten und nach dem Aufklärungsgespräch den Aufklärungsbogen unterschreiben.

3. Anmeldung

- Die Anmeldung und Terminabstimmung erfolgt über das Logopädieteam des TherapieZentrums. Eine zusätzliche Abstimmung Ihrerseits mit der Radiologie ist nicht erforderlich. Hierzu folgende Unterlagen per Post (Anschrift: Universitätsklinikum Tübingen, TherapieZentrum, Team Logopädie, Hoppe Seyler Str. 3, 72076 Tübingen) oder Fax (Faxnummer: 07071 – 29 25099) an das Logopädieteam des TherapieZentrums senden:

- vollständig ausgefülltes „Anmeldeformular zur ambulanten Videofluoroskopie in der Universitätsklinik Tübingen“ (ggf. mit Kopie der aktuellen Laborwerte)
- entsprechend Vorlage ausgefüllte Logopädie-Heilmittelverordnung
- UKT-extern (z.B. Arztpraxis): Überweisungsschein für die Radiologie zur Videofluoroskopie
(UKT-intern (z.B. Poliklinik): Die Radiologieanforderung erfolgt über das Radiologieportal)
- Der Patienten, bzw. die auf dem Anmeldeformular benannten Personen, werden über den Termin telefonisch (ggf. per Fax oder E-Mail) informiert.

4. Am Untersuchungstag mitbringen

- Versichertenkarte
- Wenn die Anmeldung per Fax erfolgt ist: Das Original der Logopädie-Heilmittelverordnung und, wenn die Anmeldung über eine Arztpraxis und nicht über eine Ambulanz des UKT erfolgt ist, das Original des Überweisungsscheins für die Radiologie
- Sollte es erforderlich sein, dass ein Patient abgesaugt wird, muss das Absauggerät zur Untersuchung mitgebracht werden
- Bei Patienten mit einer Trachealkanüle muss eine Kanüle ohne Metallanteil, sowie Sprechaufsatz und Cuffdruck-Messgerät mitgebracht werden.

5. Organisatorisches

Der Patient sollte am Untersuchungstag ausreichend Zeit für die Anreise einplanen, damit die Untersuchung pünktlich zum vereinbarten Termin beginnen kann. Sollte sich der Beginn der Untersuchung um mehr als 30 Minuten verzögern, kann keine Logopädin bei der Untersuchung anwesend sein und es muss ein neuer Untersuchungstermin (an einem anderen Tag) vereinbart werden.

Die Untersuchung findet in der Röntgenabteilung der Medizinischen Klinik (Kliniken Berg, Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen, Ebene 3) statt.

Wegbeschreibung: Vom Haupteingang der Medizinischen Klinik zunächst der Beschilderung „Ambulanzen Diagnostik/Therapie“ und dann der Beschilderung „Radiologie“ folgen.

Der Patient sollte sich etwa 20 Minuten vor der Untersuchung an der Radiologieleitstelle anmelden.

Für die Untersuchung (inkl. Wartezeit) müssen in der Regel 30-90 min. eingeplant werden.

Im Anschluss an die Untersuchung wird der Patient über das vorläufige Ergebnis der Untersuchung informiert. Das endgültige Ergebnis wird nach ausführlicher Analyse der Bilder an die auf dem Anmeldebogen angegebenen Personen versandt.

6. Kosten:

Der Eigenanteil des Patienten für diese Untersuchung beträgt 11,88€ (10 € Rezeptgebühr für die Logopädie-Heilmittelverordnung + 10% der Logopädie - Leistungskosten). Der Patient erhält eine entsprechende Rechnung der Verwaltung des Klinikums.



Universitätsklinikum Tübingen

TherapieZentrum

Zentrum für Physiotherapie,
Ergotherapie und Logopädie

Geschäftsführer: Tobias Schumacher
Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen

Tel. 07071 29-80481

tobias.schumacher@med.uni-
tuebingen.de

Anmeldeformular zur ambulanten Videofluoroskopie in der Universitätsklinik Tübingen

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 ist einwilligungsfähig: JA NEIN

Wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist muss der Betreuer/Bevollmächtigte den Patienten am Untersuchungstag begleiten und nach dem Aufklärungsgespräch den Aufklärungsbogen unterschreiben.

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 Kontrastmittelallergie liegt vor: JA NEIN

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 Montag, Mittwoch, Donnerstag und 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 ausgefülltem Überweisungsschein (siehe Ausfüllvorlage) 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 des Überweisungsscheins am Tag der Untersuchung vorliegt.

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

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Heilmittelverordnung 13	
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/>	Physiotherapie
Unfall-folgen	Patientendaten			<input type="checkbox"/>	Podologische Therapie
				geb. am	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/>	Ernährungstherapie
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code					
R13.9		Hier Diagnose eintragen			
Diagnose-gruppe	SC	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			patientenindividuelle Leitsymptomatik <input checked="" type="checkbox"/>		
Störung in Form einer Aspirationsgefahr					
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges					
Heilmittel					Behandlungseinheiten
1 x Pos. Nr. 63002 Logopädische Untersuchung mit Beratung des Patienten Dauer: 60 Minuten					1
Ergänzendes Heilmittel					
<input checked="" type="checkbox"/>	Therapiebericht	Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	Therapie-frequenz 1
<input type="checkbox"/>	Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen				
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise					
					Stempel und Unterschrift des Arztes
IK des Leistungserbringers					
					Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Vorlage

Sollte die Software zur Erstellung von Heilmittelverordnungs-Ausdrucken die benannte Logopädie - Leistung nicht ausdrucken können, bitte die o.g. Leistung handschriftlich in die Heilmittelverordnung eintragen.

Bitte Felder entsprechend ausfüllen

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Überweisungsschein			06BF Quartal		
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> Bei belegäztl. Behandlung	Geschlecht W M	
geb. am			Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 2					
Patientendaten			Überweisung an UKT Radiologie					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	<input checked="" type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V					
Diagnose/Verdachtsdiagnose								
Bitte Diagnose/-n eintragen								
Befund/Medikation								
Bitte entsprechend ausfüllen								
Auftrag								
Videofluoroskopie								
						Stempel und Unterschrift des Arztes <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>		

Vorlage

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.