**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

**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**