

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

**Klinik und Poliklinik für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Kopf- und Halschirurgie „Otto Körner“**

Doberaner Straße 137 – 139, 18057 Rostock

Wichtig! Bitte lesen Sie den folgenden Text aufmerksam durch!

Die Erstvorstellung kann bei gesetzlich versicherten Kinder nur mit einem **aktuellen Überweisungsschein mit dem Vermerk „Pädaudiologie“** vom HNO-Facharzt/ärztin erfolgen. In Ausnahmefällen ist nach persönlicher Rücksprache auch eine Überweisung durch eine/n Kinder- und Jugendarzt/ärztin möglich.

Je nach Fragestellung sind verschiedene Untersuchungen mit unterschiedlichem Zeit- und Personalbedarf erforderlich. Für die Terminplanung ist deshalb die Beantwortung des Fragebogens „Erstvorstellung“ essentiell.

Für die **Terminvergabe** schicken Sie bitte Folgendes an uns:

- Komplette ausgefüllter Fragebogen
- alle vorhandenen Arztberichte und Therapieberichte
 - z.B. Logopädie-Bericht, Ergotherapie-Bericht, HNO-Bericht, Befund des SPZ etc.
- ggf. Schweigepflichtsentbindung

Die **Terminvergabe** erfolgt nach Eingang und Sichtung der Befunde durch unser Team schriftlich an Sie (per E-Mail)

- die aktuelle Wartezeit auf Erstvorstellungstermine variiert in Abhängigkeit von der Fragestellung
- bitte bestätigen Sie uns den Termin per E-Mail oder telefonisch
 - hno-phoniatrie@med.uni-rostock.de; 0381 494 8390
- bitte sagen Sie den Termin rechtzeitig ab, falls Sie den Termin nicht wahrnehmen

Am Untersuchungstag bitte mitbringen:

- **aktuellen Überweisungsschein mit dem Vermerk „Pädaudiologie“**
- Versichertenkarte
- Gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft („U-Heft“)
- vorhandene Befunde und Berichte (seit Terminvergabe neu hinzugekommene Berichte)
- **sollte Ihre Muttersprache nicht Deutsch sein, kommen Sie bitte in Begleitung einer Person mit guten Deutschkenntnissen**



Direktor
Univ.-Prof. Dr. med. Robert Mlynski

Tel.: +49 (0) 381 494 -
8301 Sekretariat Klinikdirektor 8346 Poliklinik
8390 Phoniatrie/Pädaudiologie 8310 Station 1
8323 Hörzentrum/Tagesklinik 8320 Station 2

Mail: hno@med.uni-rostock.de
www.hno.med.uni-rostock.de

Spezialsprechstunden
Kopf-Hals-Onkologie, Schlafmedizin, Tauchmedizin
Hörzentrum/CI, Allergologie, Plastische Operationen

Zertifiziertes Qualitätsmanagement
nach **DIN EN ISO 9001:2015**



Patientin/Patient		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Alter:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:	
E-Mail:	Mobiltelefon:	
HNO-Praxis: Name, Adresse	Kinderarzt-Praxis: Name, Adresse	
Krankenkasse:	Privat versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kind ist versichert über (Name):		
Geschwister: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Alter der Geschwister:	
Muttersprache:	Falls mehrere, welche?	
<i>Sollte Ihre Muttersprache nicht Deutsch sein, kommen Sie bitte in Begleitung einer Person mit guten Deutschkenntnissen</i>		

Wichtig: Eine Terminvergabe erfolgt nur bei Beantwortung folgender Fragen:	
Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen? Welche Probleme hat Ihr Kind? Was macht Ihnen Sorgen?	
Mit welcher Fragestellung wurde die Vorstellung in der Pädaudiologie empfohlen?	
<input type="checkbox"/> Hörprüfung	<input type="checkbox"/> AVWS
<input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
1. Sorgeberechtigte/-r	2. Sorgeberechtigte/-r
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Beruf:	Beruf:
Arbeitsgeber:	Arbeitsgeber:

Mein Kind besucht folgende Einrichtung:				
<input type="checkbox"/> Tagesmutter	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> integr. Kindergarten	<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Hauptschule
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	Klasse:	
<input type="checkbox"/> Förderschule mit Förderschwerpunkt:				
Allgemeine Symptomatik				
Mein Kind				
schnarcht nachts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
atmet viel durch den Mund	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
hatte mehr als 3 Mittelohrentzündungen letztes Jahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
hat jährlich mehr als zwei schwere Mandelentzündungen (Tonsillitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
hat eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
hat Erkrankungen der inneren Organe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche?				
Aus Arztberichten sind mir vom Kind folgende Diagnosen bekannt:				
Während der Schwangerschaft oder der Geburt des Kindes gab es Komplikationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche?				
Geburt in der Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht genau, war zeitgerecht			

Hören			
Bei meinem Kind wurde ein Neugeborenen-Screening durchgeführt in der Klinik/Einrichtung:			
ID:			
TEOAE rechts:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> kontrollbedürftig	
TEOAE links:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> kontrollbedürftig	
AABR rechts:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> kontrollbedürftig	
AABR links:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> kontrollbedürftig	
Bei meinem Kind wurde kein Neugeborenen-Screening durchgeführt, weil:			
In der Familie gibt es <u>junge</u> Menschen, die Hörgeräte tragen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Mein Kind hört schlecht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja: Wo wurde es festgestellt?			Wann?
Mein Kind trägt	<input type="checkbox"/> Hörgeräte	<input type="checkbox"/> CI	Seit:
	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseits
Sprachentwicklung			
Mein Kind spricht so wie gleichaltrige Kinder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
Mein Kind hat/hatte logopädische Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/> < 10 Stunden	<input type="checkbox"/> < 30 Stunden	<input type="checkbox"/> > 60 Stunden
Kommen Sie zwecks Weiterverordnung der Logopädie zu uns? Wenn ja, fügen Sie bitte die Therapieberichte bei.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Diagnostik/Förderung			
Mein Kind erhält Therapien/Förderung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie
Andere:			
Mein Kind wurde vorstellig im/beim	<input type="checkbox"/> Kinder- & Jugendpsychiater (KJP)	<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	<input type="checkbox"/> Frühförderungszentrum (FFZ)
Name, Adresse:			
Bei meinem Kind wurde/wird eine ausführliche Sprachstandserhebung und/oder Lese-Rechtschreibdiagnostik durchgeführt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wo?			(seit) wann?
Operationen			
Bei meinem Kind wurden folgende Operationen durchgeführt:			
Pflegestufe			
<input type="checkbox"/> keine Pflegestufe		<input type="checkbox"/> Pflegestufe, Grad	
Bemerkungen (z.B. keine Terminvergabe zu folgenden Zeiten/Tagen, bestimmte Bedürfnisse des Kindes oder ähnliches)			