

Universitätsklinikum Regensburg, 93042 Regensburg
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde -

Fragebogen zur Terminvereinbarung Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
damit wir Ihr Anliegen möglichst gezielt einschätzen und einen passenden Termin für Sie organisieren können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass Ihre Anfrage bei unvollständigen Angaben nicht berücksichtigt werden kann. Anhand Ihrer Angaben können wir besser beurteilen, welche Art der Vorstellung erforderlich ist und welcher Termin für Sie geeignet ist. Bitte bringen Sie vorhandene Arztbriefe, Befunde, Medikamentenplan und relevante Untersuchungsergebnisse zu Ihrem Termin mit.

Falls sich Ihre Beschwerden nach dem Ausfüllen des Fragebogens deutlich verändern oder Sie zwischenzeitlich anderweitig behandelt wurden, teilen Sie uns dies bitte mit. In Notfällen wenden Sie sich bitte an die nächstgelegene Notaufnahme.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Team der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

1. Persönliche Angaben

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Adresse:

2. Versicherungsangaben

Wie sind Sie versichert?

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert

☐ BG-Fall

☐ Sonstiges: _____

Name der Krankenkasse / Versicherung: _____

Haben Sie eine Facharztüberweisung für die Vorstellung?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Überweisung Hausarzt

3. Grund für Ihre Terminanfrage

Aus welchem Grund möchten Sie einen Termin in unserer HNO-Klinik vereinbaren?

- ☐ Erstvorstellung wegen neuer Beschwerden
- ☐ Kontrolle / Verlaufskontrolle
- ☐ Zweitmeinung
- ☐ Nachuntersuchung nach einer Behandlung / Operation
- ☐ Besprechung bereits vorliegender Befunde
- ☐ Abklärung einer bereits bekannten Erkrankung
- ☐ Wunsch nach operativer Versorgung
- ☐ Sonstiges: _____

4. Seit wann bestehen Ihre Beschwerden bzw. Ihr Anliegen?

- ☐ Seit weniger als 24 Stunden
 - ☐ Seit einigen Tagen
 - ☐ Seit einigen Wochen
 - ☐ Seit mehreren Monaten
 - ☐ Seit mehreren Jahren
 - ☐ Es bestehen derzeit keine Beschwerden – Kontroll-/Beratungstermin
- Seit wann genau bzw. seit welchem Zeitraum _____

5. Welche Körperregion ist hauptsächlich betroffen?

- ☐ Hals / Rachen
- ☐ Ohren
- ☐ Nase / Nasennebenhöhlen
- ☐ Speicheldrüsen
- ☐ Mund / Mundhöhle
- ☐ Kehlkopf: Stimme / Sprache / Schlucken
- ☐ Schlaf / Atemaussetzer
- ☐ Schilddrüse
- ☐ Sonstiges: _____

6. Welche Beschwerden oder Symptome bestehen derzeit?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Angaben aus.

- ☐ Atemnot
- ☐ Heiserkeit / Stimmveränderung
- ☐ Schluckstörung / Schluckbeschwerden
- ☐ Atempausen im Schlaf (Atemaussetzer) / Schnarchen
- ☐ Hörminderung
- ☐ Ohrgeräusche / Tinnitus
- ☐ Ohrenschmerzen
- ☐ Laufendes Ohr / Ohrsekret

- ☐ Schwindel / Gleichgewichtsstörungen
- ☐ Probleme beim Atmen durch die Nase
- ☐ Verstopfte Nase
- ☐ Laufende Nase
- ☐ Nasenbluten
- ☐ Geruchsstörung / Verlust des Geruchssinns
- ☐ Gesichtsschmerzen / Druckgefühl im Bereich der Nasennebenhöhlen
- ☐ Raumforderung
- ☐ Schwellung
- ☐ Offene Stelle / Geschwür im Mund
- ☐ Halsschmerzen
- ☐ Sonstiges: _____

— **7. Wurden Sie bereits wegen dieser Beschwerden ärztlich untersucht?**

- ☐ Nein
 - ☐ Ja, durch den Hausarzt
 - ☐ Ja, durch einen HNO-Arzt
 - ☐ Ja, durch einen anderen Facharzt: _____
 - ☐ Ja, in einer Notaufnahme / Klinik: _____
- Falls ja: Welche Diagnosen wurden gestellt? _____
- Wann erfolgte die letzte Untersuchung? _____

8. Waren Sie bereits wegen derselben Erkrankung in unserem Universitätsklinikum in Behandlung?

- ☐ Ja ☐ Nein
- Falls ja, wann bzw. in welchem Bereich? _____

9. Besteht bereits eine konkrete Behandlungsempfehlung?

- ☐ Nein ☐ Ja
- Falls ja, welche? _____

10. Bestehen relevante Vorerkrankungen?

Bitte alle zutreffenden Angaben ankreuzen.

- ☐ Keine relevanten Vorerkrankungen bekannt
- ☐ Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Herzschwäche / Herzerkrankung
- ☐ Gefäßerkrankungen
- ☐ Lungenerkrankung
- ☐ Infektionen
- ☐ Tumorerkrankung
- ☐ Medikamentenunverträglichkeiten / Allergien

- ☐ Gerinnungsstörung / Blutverdünnung
- ☐ Genetische Erkrankungen/ Syndrome
- ☐ Sonstige: _____

11. Gibt es besondere Umstände, die wir bei der Terminplanung berücksichtigen sollten?

- ☐ Sprachbarriere
- ☐ Eingeschränkte Mobilität
- ☐ Pflegegrad: _____
- ☐ Demenz / kognitive Einschränkung
- ☐ Benötigte Begleitperson
- ☐ Sauerstoffbedarf
- ☐ Isolierung/Resistenter Keim
- ☐ Gesetzliche Betreuung
- ☐ Sonstige Unterstützung erforderlich: _____

12. Wie reisen sie zu Ihrem Termin an?

- ☐ Ich reise selbstständig bzw. mit einer Begleitperson an
- ☐ Ich komme mit einem Krankentransport

13. Wie weit wohnen Sie ungefähr vom Universitätsklinikum Regensburg entfernt?

Entfernung: _____ km

14. Weitere wichtige Informationen

Gibt es noch etwas, das wir für die Terminvereinbarung oder die Vorbereitung Ihres Termins wissen sollten?

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit – sofern vorhanden – relevanten Befunden und Arztbriefen per E-Mail an:

Leitstelle.hno@klinik.uni-regensburg.de

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Universitätsklinikum Regensburg

Emailadresse: Leitstelle.hno@klinik.uni-regensburg.de