



Fragebogen Klinikliste zur Veröffentlichung auf <https://www.atemwegsliga.de/fachkliniken.html>

Senden Sie diesen Fragebogen per Fax, Mail oder auf dem Postweg an unsere Geschäftsstelle

FAX: 0 52 52 / 93 36 16

eMail: kontakt@atemwegsliga.de

Adresse: Deutsche Atemwegsliga e.V., Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe

Gerne nehmen wir Ihre Klinik/Abteilung in unser Verzeichnis der pneumologischen Fachkliniken auf. Die mit *gekennzeichneten Daten werden veröffentlicht.

Klinikname* _____

Abteilung* _____

Straße* _____

Postleitzahl* _____ Ort: _____

Telefon Klinik* _____

Telefon-Abtl.* _____

Website*: _____

Art der Einrichtung*:

Unsere Klinik/Abteilung ist eine

- pneumologische Akut-Klinik/Abteilung für Erwachsene mit**
 Anzahl der in der Klinik/Abteilung tätigen Pneumolog*innen
- pneumologische Reha-Klinik/Abteilung für Erwachsene mit**
 Anzahl der in der Klinik/Abteilung tätigen Pneumolog*innen
 Schwerpunkt Geriatrie Mutter/Vater/Kind-Einrichtung
- pädiatrisch-pneumologische Akut-Klinik/Abteilung -Klinik mit**
 Anzahl der in der Klinik/Abteilung tätigen pädiatrischen Pneumolog*innen
 Anzahl der in der Klinik/Abteilung tätigen pädiatrischen Allergolog*innen
 kinderpneumologischer Spezialsprechstunde
- pädiatrisch-pneumologische Reha-Klinik/Abteilung -Klinik mit**
 Anzahl der in der Klinik/Abteilung tätigen pädiatrischen Pneumolog*innen
 Anzahl der in der Klinik/Abteilung tätigen Allergolog*innen
 Mutter/Vater/Kind-Einrichtung
- Klinik/Abteilung für Thoraxchirurgie**

* Diese Angaben werden in unserem Klinikverzeichnis veröffentlicht!

Bitte beantworten Sie noch die nachfolgenden Fragen

(Diese Angaben werden nicht veröffentlicht, sondern dienen der Kommunikation mit Ihnen).

Name Ihres (leitenden) Pneumologen/pädiatrischen Pneumologen/Thoraxchirurgen (m*w):

Anrede: Frau Herr (bitte ankreuzen)

Titel: _____ **Vorname** _____

Name:

Email:

Hinweis: Die Angaben zu den Fragen auf den nachfolgenden Seiten 3 und 4 werden ebenfalls nicht veröffentlicht, helfen uns aber bei speziellen Fragenstellungen zu beraten:

In unserer Klinik/Abteilung werden durchgeführt:

- Funktionsdiagnostik inkl. Bodyplethysmographie
- Allergiediagnostik
- Bronchoskopie
- bronchoskopische Lungenvolumenreduktion (LVR)
- Blutgasanalysen
- Diffusionsmessung
- Leistungsdiagnostik (z.B. Spiroergometrie, 6-Minuten-Gehstrecke)
- Sonografie
- Patientenschulung Asthma und/oder COPD
- Bewegungstherapie / körperliches Training
- Schlaflabor: Diagnostik und Therapie von Atemstörungen im Schlaf
- In unserer Klinik ist ein/e Thoraxchirurg*in tätig bzw. eine Kooperation sichergestellt
- In unserer Klinik ist ein/e Radiolog(e)*in tätig bzw. eine Kooperation sichergestellt

Für Thoraxchirurgische Kliniken oder Abteilungen:

- Lungenvolumenreduktion
 - operativ
 - endoskopisch
- Lungentransplantationen

Unsere Klinik/Abteilung hat Expertise mit

Alpha1-Antitrypsinmangel (AATM)

- Unsere Klinik/Abteilung hat Expertise in der Behandlung von **(AATM)**
- Ein oder mehrere Fachärzt*innen unserer Klinik/Abteilung haben eigene Therapie-Erfahrung im Bereich AATM

Ansprechpartner*in: _____

invasiver Beatmung

Ansprechpartner*in: _____

nicht-invasiver Beatmung

Ansprechpartner*in: _____

Weaning

Ansprechpartner*in: _____

Expertise mit

pneumologischer Frühreha

Ansprechpartner*in: _____

Weitere Expertisen (bitte auflühren): _____

Ansprechpartner*in: _____

Expertenboards:

- Die Therapie von **Lungenfibrosen** wird in einem Expertenboard beraten
- Die Therapie von **Lungentumoren** wird in einem Expertenboard beraten
- Die **bronchoskopische Lungenvolumenreduktion** wird in einem Expertenboard beraten
- Bei Bedarf wird den Patient*innen eine **psychologische Begleitung** angeboten

Sauerstofftankstelle

- Patient*innen mit LTOT können bei uns Sauerstoff tanken
 - kostenlos gegen Gebühr
 - Voranmeldung erforderlich
 - zu folgenden Zeiten: _____

Einverständniserklärung*

- Wir bitten um Aufnahme unserer Klinik in das Verzeichnis pneumologischer Fachkliniken unter www.atemwegsliga.de/fachkliniken.html und sind mit der elektronischen Erfassung und Veröffentlichung unserer Daten sowie mit der Verlinkung auf unsere Homepage einverstanden.

Datum

Unterschrift