

Fragebogen zur Erstvorstellung bei Verdacht auf Immundefekt

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr verehrter Herr Kollege,

um Ihre Anfrage zu einem Verdacht/Ausschluss eines Immundefektes möglichst gezielt bearbeiten zu können, möchten wir Sie bitten, uns folgende Unterlagen zuzusenden:

- beiliegenden Fragebogen
- Laborbefunde
- Arztberichte (falls vorhanden)
- Überweisungsschein (ausgestellt für „Behandlung gemäß § 116b, Immunologie/MHH)

Den ausgefüllten Fragebogen und die weiteren Unterlagen senden Sie bitte an

Immunologische Ambulanz I
Zentrum für Innere Medizin
Klinik für Rheumatologie und Immunologie OE 6830
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Bei Fragen können Sie uns unter der Telefonnummer 0511-532-3014 anrufen.

Je nach Sachlage werden wir Ihnen nach Eingang der Unterlagen direkt antworten oder Ihren Patienten einbestellen, um danach einen schriftlich Bericht zu erstatten.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Torsten Witte
Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie

Aktuelles Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

PLZ/ Wohnort/ Straße:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

1. Bitte skizzieren Sie kurz Ihre Fragestellung

2. Haben Sie eine Verdachtsdiagnose, die gesichert oder ausgeschlossen werden sollte?

3. Verdacht auf Immundefekt aufgrund von

Infektionen Immundysregulation Malignität syndromale Manifestation auffällige Laborwerte

4. Beginn der Symptomatik _____

5. Infektionsanamnese

Infekthäufigkeit im letzten Jahr _____

Fieber	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Episoden/Jahr _____ Dauer der Episoden _____ Höhe des Fiebers _____
Husten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Episoden/Jahr _____ Auswurf _____ Konsistenz: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Schnupfen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Episoden/Jahr _____ Konsistenz: _____ eitrig <input type="checkbox"/> serös <input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Episoden/Jahr _____ Erregernachweis _____
Mittelohrentzündung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Episoden/Jahr _____ Erregernachweis _____
Infektionen der Haut	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Episoden/Jahr _____ Erregernachweis _____
Abszesse	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Episoden/Jahr _____ Erregernachweis _____
Lymphknotenschwellungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Lokalisation _____

