



Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin  
Pädiatrische Pneumologie und Neonatologie  
Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Direktorin



**Jeffrey Modell-Zentrum  
für Primäre Immundefekte**

Prof. Dr. med. Ulrich Baumann

Telefon: 0511 532-3251

Fax: 0511 532-161016

E-mail: baumann.ulrich@mh-hannover.de

www.Kinderheilkunde1-MHH.de

---

Adresse:  
OE 6710  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover

## **Fragebogen zur Erstvorstellung bei Verdacht auf Immundefekt**

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

um Ihre Anfrage zu einem Verdacht auf einen Immundefekt möglichst gezielt bearbeiten zu können, möchten wir Sie bitten, uns folgende Unterlagen zuzusenden:

- beiliegenden Fragebogen
- Laborbefunde (falls vorhanden)
- Arztberichte (falls vorhanden)
- Überweisungsschein (ausgestellt für „Kinderimmunologie Prof. Baumann“)

Bitte senden Sie uns die Unterlagen an die folgende Adresse:

Medizinische Hochschule Hannover  
Immunologische Ambulanz der Kinderklinik  
OE 6710  
Carl Neuberg Straße 1  
30625 Hannover

Gerne können Sie mich auch über die Tel. Nr. 0511-532-3220 anrufen oder ein Facsimile an mich senden (0511-532 16 10 16). Je nach Sachlage werden wir Ihnen direkt antworten oder Ihren Patienten einbestellen um danach einen schriftlichen Bericht zu erstatten.

Schon jetzt danken wir für Ihre Anfrage und die Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Ulrich Baumann

Anlage

**Name des Patienten:**

**Geburtsdatum:**

**Telefon der Eltern (tags):**

### 1. Bitte skizzieren Sie kurz Ihre Fragestellung

### 2. Beginn der Symptomatik

### 3. Infektionsanamnese

◆ **Allgemeine Infekthäufigkeit:** Episoden/Jahr \_\_\_\_\_

◆ **Fieber** Episoden/Jahr \_\_\_\_\_ Dauer der Episoden \_\_\_\_\_ Höhe des Fiebers \_\_\_\_\_

◆ **Husten** nein  ja  → Episoden/Jahr \_\_\_\_\_  
→ Auswurf nein  ja  → Konsistenz:

◆ **Schnupfen** nein  ja  → Episoden/Jahr \_\_\_\_\_  
→ Konsistenz: eitrig  serös

◆ **Lungenentzündung** nein  ja  → Episoden/Jahr \_\_\_\_\_  
→ Erregernachweis \_\_\_\_\_

◆ **Mittelohrentzündung** nein  ja  → Episoden/Jahr \_\_\_\_\_  
→ Erregernachweis \_\_\_\_\_

◆ **Infektionen der Haut** nein  ja  → Lokalisation \_\_\_\_\_

◆ **Lymphknotenschwellungen** nein  ja  → Lokalisation \_\_\_\_\_

◆ **Diarrhoe** nein  ja  → Episoden/Jahr \_\_\_\_\_  
→ Erregernachweis \_\_\_\_\_

◆ **Sonstiges**

**4. Gedeihstörung**      nein       ja

**5. Familienanamnese**

Herkunftsland:      Mutter \_\_\_\_\_      Vater \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaft der Eltern?      nein       ja   
 Gibt es Immundefekte in der Familie?      nein       ja  → Welche: \_\_\_\_\_  
 unklare Todesfälle im Säuglingsalter?      nein       ja

**Geschwister**

Alter	Geschlecht	Gesund?	→ Sonstiges
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**6. Impfanamnese**

nach STIKO durchgeführt       unvollständig, es fehlen: \_\_\_\_\_  
 BCG       Polio oral  
 Impfunverträglichkeit (welche?)

**7. Allergien**      nein       ja  → Welche: \_\_\_\_\_

**8. Autoimmunkrankheiten**      nein       ja  → Welche: \_\_\_\_\_

**9. Hauterkrankungen** (z.B Ekzem, Atopische Dermatitis, Psoriasis)  
 nein       ja  → Welche: \_\_\_\_\_

**10. Auffälligkeiten des körperlichen Untersuchungsbefundes:**

Lymphknotenstatus      \_\_\_\_\_  
 Tonsillengröße      \_\_\_\_\_  
 Auskultation d. Lunge      \_\_\_\_\_  
 Leber-Milz-Größe      \_\_\_\_\_  
 Haut      \_\_\_\_\_  
 Syndromale Stigmata      \_\_\_\_\_  
 Sonstiges      \_\_\_\_\_

**11. Wurden bereits Röntgenuntersuchungen durchgeführt (relevante Befunde bitte beilegen)?**

nein       ja  → Welche: \_\_\_\_\_  
 → Befund: \_\_\_\_\_

**12. Haben Sie wichtige / auffällige Laborbefunde erhoben? (bitte beilegen)**

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

**14. Haben Sie ein weiteres Anliegen, bei dem wir zur Seite stehen können?**