



**Medizinische Hochschule
Hannover**

MHH –OE 6710 –
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

**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

Prof. Dr. med. Dorothee Viemann

Telefon: 0511 532-3251

Fax: 0511 532-9125

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

www.Kinderheilkunde1-MHH.de

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

10. November 2016

Eltern-Fragebogen zur Erstvorstellung bei Verdacht auf Immundefekt

Liebe Eltern,

Ihr Kinderarzt / Ihre Kinderärztin hat Ihr Kind unter Verdacht auf eine Störung des Abwehrsystems in unserer Sprechstunde angemeldet. Wir bitten Sie vorab um weitere Angaben zur bisherigen Krankengeschichte, um den Verdacht auf eine Erkrankung des Abwehrsystems besser einschätzen und gegebenenfalls Laboruntersuchungen vorbereiten zu können.

Füllen Sie bitte dazu den beiliegenden Fragebogen aus und senden Sie ihn uns an nachstehende Adresse:

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

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Ulrich Baumann
Prof. Dr. med. Dorothee Viemann

Name Ihres Kindes:

Geburtsdatum:

Telefon (tags):

1. Bitte beschreiben Sie kurz die Beschwerden Ihres Kindes

2. Wann haben die Beschwerden begonnen?

3. Fragen zur Erkrankung

◆ **Wie häufig im Jahr leidet Ihr Kind an Infekten:** Infekte/Jahr _____

◆ **Fieber** Wie oft Fieber/ Jahr _____ Dauer des Fiebers _____ Höhe des Fiebers _____

◆ **Husten** nein ja → Hustenepisoden/Jahr _____
Falls ja: → Auswurf nein ja → Wie sieht der Auswurf aus? _____
→ Wann ist der Husten am stärksten? tagsüber nachts bei Anstrengung
→ Kommt es zu Giemen/Pfeiffen nein ja

◆ **Schnupfen** nein ja → Schnupfen/Jahr _____
→ Wie sieht der Schnupfen aus?
gelb grün glasig

◆ **Lungenentzündung** nein ja → Lungenentzündungen/Jahr _____
→ Behandlung? _____
→ Wieviele Tage Fieber _____
→ Gibt es Röntgenbilder _____

◆ **Mittelohrentzündung** nein ja → Mittelohrentzündungen /Jahr _____
→ Behandlung? _____

◆ **Infektionen der Haut** nein ja → Betroffene Stellen _____

◆ **Lymphknotenschwellungen** nein ja → Wo? _____

◆ **Durchfälle** nein ja → Druchfälle/Jahr _____
→ Wurde ein Erreger gefunden? _____
→ Wieviele Tage dauert der Durchfall? _____
→ Sind die Stühle flüssig breiig

◆ **Sonstiges:** _____

4. Wie groß und schwer ist Ihr Kind? Länge _____ cm Gewicht _____ kg

5. Fragen zur Familie

Herkunftsland: Mutter _____ Vater _____

Sind Sie als Eltern verwandt? nein ja

Gibt es Erkrankungen des Immunsystems/ vermehrte Infekte in der Familie?
nein ja → Welche: _____

Traten unklare Todesfälle im Säuglingsalter auf? nein ja

Geschwister:

Alter	Geschlecht	Gesund?	→ Sonstiges
	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

6. Wurde Ihr Kind geimpft?

nein ja, wie vom Kinderarzt empfohlen unvollständig, es fehlen: _____

Traten dabei Unverträglichkeiten auf? nein ja → Welche: _____

7. Sind Allergien bekannt? nein ja → Welche: _____

8. Sind Autoimmunkrankheiten bekannt? nein ja → Welche: _____

9. Bestehen Hauterkrankungen? (z.B Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)

nein ja → Welche: _____

10. Welche Medikamente nimmt Ihr Kind?

Dauertherapie (einschließlich Inhalation):

Therapie bei Infekten:

Ist diese Therapie Ihrem Eindruck nach wirksam?