



**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  
PD Dr. med. Sybille Landwehr-Kenzel  
Dr. med. Anna Raab

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

## **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, ggf. ergänzt mit Arztberichten und Kopien von früheren Laboruntersuchungen, an nachstehende Adresse:

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

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Ulrich Baumann  
Privatdozentin Dr. med. Sybille Landwehr  
Dr. med. Anna Raab

Name Ihres Kindes:

Geburtsdatum:

Ihre Telefonnummer (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 (die Eltern) miteinander verwandt?

nein  ja

Gibt es Erkrankungen des Immunsystems/ vermehrte Infektionen in der Familie?

nein  ja  → Welche: \_\_\_\_\_

Traten unklare Todesfälle im Säuglingsalter auf?

nein  ja

**Wieviele weitere Kinder haben Sie?**

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 Infektionen:

Ist diese Therapie Ihrem Eindruck nach wirksam?

**11. Welche konkreten Fragen haben Sie an uns?**