

**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/Ausschluss eines Immundefektes 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/Prof. Viemann“)

Bitte senden Sie uns die Unterlagen an die folgende Adresse:

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

Gerne können Sie uns auch über die Tel. Nr. 0511-532-3220 anrufen. Je nach Sachlage werden wir Ihnen direkt antworten oder Ihren Patienten einbestellen um danach einen schriftlich Bericht zu erstatten.

Schon jetzt danken wir für Ihre Anfrage und die Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

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

10. Hauterkrankungen (z.B Ekzem, Atopische Dermatitis, Psoriasis)
 nein ja → Welche: _____

11. Auffälligkeiten des körperlichen Untersuchungsbefundes:

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

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

nein ja → Welche: _____
 → Befund: _____

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

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