

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege! Wir erbitten folgende Informationen zu Ihrem Patienten, um einen gezielten und vorbereiteten Termin zur **Abklärung eines Immundefekts** vereinbaren zu können.

Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klin. Immunologie

Pädiatrische Immunologie
OA PD Dr. H.-J. Laws

Name:

Kinderarzt/-ärztin:

Vorname:

Anmeldung nur über fachärztliche Indikation, daher Stempel hier unbedingt erforderlich

Geburtsdatum:

Telefonnummer der Eltern:

Abklärungsgrund

- Infektanfälligkeit
- Fieber ohne Fokus
- Abszessneigung
- Sonstiges:

Gastroenterologische Abklärung: JA / NEIN

Pos. Familienanamnese? JA / NEIN

Konsanguinität? JA / NEIN

Auffälliges NG-Screening JA / NEIN

Weitere klinische Besonderheiten, z.B. besondere Erreger, Grunderkrankung, Syndrom?

Dauer der Beschwerden

- < 6 Monate
- > 6 Mo.- 1 Jahr
- > 1 Jahr

Vorbereitung:

Wir bitten wir um Durchführung folgender Laboruntersuchungen:

Welche Infektionen und wie häufig ?

- Bronchitis ___ Pneumonie ___
- Infekte der oberen Atemwege

BB mit Diff, IgG, IgM, IgA und IgE sowie möglichst Impfantikörper gegen Diphtherie, Tetanus und HepBsAK; Impfausweis mitbringen

Bei wiederkehrenden Symptomen bitten wir um Vorstellung mit Symptomkalender. Eine Vorlage hierfür finden Sie auf unserer Homepage.

Pulmonologische Abklärung? JA / NEIN

- Sinusitis ___
- Otitis ___ Tonsillitis ___

Bitte alle Befunde und Arztbriefe in Kopie faxen oder mailen **FAX: 0211-81-16539 e-mail: KinderRheumImmun@med.uni-duesseldorf.de**

HNO ärztliche Abklärung? JA / NEIN

- Meningitis ___ Osteomyelitis ___

Ein Termin wird nach Sichtung der Unterlagen per Fax an Sie oder telefonisch an die Familie vergeben.

Weitere anamnestische Informationen

Antibiotika in den letzten 12 Mo.? JA / NEIN

NUR FÜR anmeldende Ärzt:innen:

1-2 x / 3-5 x / > 5 x /Jahr (zutreff. unterstreichen)

Bei Rückfragen: 0211-81-16341 oder o.g. Mail-Adresse.

Impfungen nach STIKO? JA / NEIN

Vielen Dank für Ihre Kooperation!