

Fragebogen für ZuweiserInnen (FachärztInnen, StationsärztInnen) sowie für PatientInnen und Eltern bei Verdacht auf Immundefekt, Periodisches Fiebersyndrom, oder Immundysregulation.

KinderärztIn: _____ (Stempel)

Ihr Name: _____ Tel: _____

Adresse: _____ Fax: _____

Bitte senden Sie diesen Fragebogen per Fax oder Post vor dem Termin an die jeweilige Immunologische Ambulanz (AKH Kinderklinik ODER St. Anna Kinderspital)! Fax Nummern s.o..

PatientInnenname oder Etikett: _____

Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnese

1) Alter bei Beginn der Infektionen oder Fieberschübe: _____

2) Frequenz und Intervall: <5/Jahr >5/Jahr ≥1x/Monat
Dauer einer Episode: _____ ; Dauer der beschwerdefreien Zeit: _____

3) Saisonale Häufung ? Ja (welche Jahreszeit? _____) Nein

4) Art der Infektionen und welche Begleitsymptome:

- Lungenentzündung, Abszess, Meningitis, Blutvergiftung,
 Knochenentzündung Gelenkentzündung, HNO (Otitis Sinusitis Angina)
 Atemwegsinfekte, Gedeihstörung, Bauchschmerzen, Erbrechen,
 Durchfall, Aphthen (Mund, anogenital), Zahnwechselprobleme, Hautausschläge,
 verspäteter Nabelabfall / Nabelentzündung andere _____

5) Stationäre Krankenhausaufenthalte ? _____

6) Antibiotikatherapie oder Kortisontherapie ? Nein
 Ja: wie oft pro Jahr: _____ ; Dauer jeweils: _____

7) Impfungen bisher laut Impfplan verabreicht?

Ja Nein (Abweichung: _____); bitte jedenfalls **Impfpass mitbringen!**

8) Positive Familienanamnese ?

(Infektionen, Allergien, Diabetes, Erkrankungen der Schilddrüse oder des Rheumatischen Formenkreises oder hinsichtlich Fieberschüben; plötzliche Todesfälle an Infektionen oder ungeklärt)

Bitte Erkrankung und Verwandtschaftsgrad angeben (wenn vorhanden Stammbaum):

Weitere klinische Besonderheiten (bitte beschreiben) :

Vergrößerung von Leber Milz Lymphknoten
 andere: _____

Laborbefunde und relevante Patientenbriefe bitte faxen oder Kopien senden!

Vielen Dank für Ihre Kooperation!