**KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN**

**Ärztlicher Direktor**
Prof. Dr. K.-M. Debatin

Eythstraße 24

D-89075 Ulm



Immunologie, Rheumatologie und Stammzelltransplantation
Prof. Dr. A. Schulz

**Koordination**

T: 0731-500-57275

F: 0731 500-57102

19. Juli 2021

**UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM** | Kinder- und Jugendmedizin | 89075 Ulm

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir erbitten folgende Informationen von Ihrem Patienten, um einen **gezielten und**

**vorbereiteten Termin** zur Abklärung eines Immundefektes vereinbaren zu können.

**Patientenname**:

**Geburtsdatum:**       **Telefonnummer der Eltern**:

**I. Anamnese**

1. Seit wann Infektionen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Wie oft Infektionen? < 5x/Jahr > 5x/Jahr > 10x/Jahr

3. Welche Infektionen?

 Sinusitis Bronchitis Pneumonie Abszesse rez. Otitiden

 Meningitis Osteomyelitis rez. Infekte der oberen Atemwege

 rez. Fieberschübe ohne Focus Lymphadenitis, Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Gedeihstörung andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Saisonale Häufung? ja nein

5. Krankenhausaufenthalte? ja nein

Falls ja, bitten wir um Zusendung aller Arztbriefe und Befunde!

6. Antibiotika? ja nein

Falls ja, wie oft? 1-2x/Jahr 3-5x/Jahr >5x/Jahr

7. Impfungen nach STIKO? ja teilweise nein

8. Positive Familienanamnese bezüglich Infektionen und Immundefekten?

 ja nein

**II. Weitere klinische Besonderheiten?**

**III. Labor – Bitte alle Befunde in Kopie!**

Blutbild, Differentialblutbild, IgG/A/M/E, Impfantikörper DT/HIB/Pneumokokken

**Kinderarzt: Stempel:**

**Telefon: Fax:**