



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

Klinik für Kinderheilkunde III
 Pädiatrische Immunologie

Leitung: PD Dr. D. Holzinger

Name:	Kinderarzt/-ärztin
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer der Eltern:	
	Direkte Durchwahl:

Abklärungsgrund

- Infektanfälligkeit
- Fieber ohne Fokus
- Zytopenien
- Sonstiges:

Weitere klinische Besonderheiten, z.B.

besondere Erreger, Grunderkrankung, Syndrom?

Dauer der Beschwerden

- < 6 Monate
- > 6 Monate – 1 Jahr
- > 1 Jahr

Vorbereitung

Wir bitten um Durchführung folgender Laboruntersuchungen:

Welche Infektionen und wie häufig

- Bronchitis ___ Pneumonie ___
- Infekt der oberen Luftwege ___
- Pulmonologische Abklärung? JA/NEIN
- Sinusitis ___
- Otitis ___ Tonsillitis ___
- HNO-ärztliche Abklärung? JA/NEIN
- Meningitis Osteomyelitis ___

BB mit Diff, IgG, IgM, IgA und IgE sowie möglichst Impfantikörper gegen Diphtherie, und Tetanus

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

Bitte alle Befunde und Arztbriefe in Kopie faxen oder mailen **FAX: 0201-723-3756**,
e-mail: Kinderrheumatologie@uk-essen.de

Weitere anamnestische Informationen

Antibiotika in den letzten 12 Mo. JA / NEIN
 1-2 x / 3-5 x / >5x/Jahr (zutreff. unterstreichen)
 Impfungen nach STIKO JA? / NEIN
 Gastroenterologische Abklärung? JA / NEIN
 Pos. Familienanamnese? JA / NEIN
 Konsanguinität? JA / NEIN
 Auffälliges NG Screening? JA / NEIN

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

NUR FÜR anmeldende Ärzt:innen:

Bei Rückfragen: 0201-723-2768 oder o.g. Mail-Adresse.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!