



## Fragebogen bei V.a. immunologische Erkrankung

Name: ..... Geburtsdatum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie diesen Fragebogen im Vorfeld der Vorstellung in unserer Ambulanz auszufüllen (bitte erläutern Sie Details auf den gestrichelten Linien) und zum Vorstellungstermin vorzulegen, sowie den **Impfpass** mitzubringen. Außerdem bitten wir um die Mitnahme aller bisher angefertigten (auffälligen) **Befunde** in Zusammenhang mit den

### I. Vorstellungsgrund

Aus welchem Grund stellen Sie sich in unserer Ambulanz vor?

Verdacht auf Immunschwäche/-defekt     unklare Fieberschübe     anderer Grund

### II. Anamnese

#### i. Aktuelle Beschwerden

Was sind die aktuellen Hauptbeschwerden?

.....  
.....

Seit wann treten diese Beschwerden auf (Monat/Jahr)?

.....  
.....

#### ii. Infektanamnese

Welche Infektionen sind bisher aufgetreten?

Wie treten sie auf?                      **Häufigkeit** –                      **Dauer**                      –                      **Antibiotika** –                      **Fieber**

Mittelohrentzündungen                      .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein

Nasennebenhöhlenentzünd. ....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein

- Bronchitis .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein
- Lungenentzündung .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein
- chronisch Husten/Schnupfen .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein
- Hautentzündungen/Abszesse .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein
- Knochenentzündung .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein
- Hirnhautentzündung .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –  ja  nein
- Fieber ohne Infektzeichen .....mal – .....Tage/Wochen –  ja  nein –

Gab es Krankenhausaufenthalte aufgrund von Infektionen? *Falls ja, wie häufig?*

nein  ja.....  
 .....

Treten die Infektionen besonders in einer bestimmten Jahreszeit auf? *Falls ja, wann?*

nein  ja.....  
 .....

iii. Klinische Symptome

Welche anderen Beschwerden treten auf:

Lymphknotenschwellungen (wo) ?

nein  ja.....  
 .....

Gelenkbeschwerden (wo)?

nein  ja.....  
 .....

Hautausschläge (wo)?

nein  ja.....  
 .....

Bauchschmerzen/Stuhlauffälligkeiten? *Anzahl der Stühle am Tag?*

nein  ja.....  
 .....

Gewichtsabnahme, bzw. fehlende Gewichtszunahme?

nein  ja.....  
.....

Leistungsknick/verminderte Belastbarkeit/Konzentrationsminderung?

nein  ja.....  
.....

weitere Beschwerden?

nein  ja.....  
.....

iv. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? *Falls ja, welche?*

nein  ja.....  
.....

v. Impfungen

Sind die Impfungen nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) erfolgt?  
*Falls nein, welche fehlen? Warum?*

ja  nein.....  
.....

vi. Familienanamnese

Gab es Familienmitglieder mit gehäuften Infekten, Autoimmunerkrankungen, oder sind  
Säuglinge/Kinder in der Familie an Infektionen oder ungeklärt verstorben?

nein  ja.....  
.....  
.....

III. **Auffällige bisherige Laborbefunde**

Gab es bisher auffällige Laborbefunde/ andere Befunde? *Falls ja, welche?*

nein  ja.....  
.....