

Bitte beifügen!
 - Kopien Arztbriefe
 - Basislaborbefunde

Anamnesebogen IDCL

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Dauerdiagnosen

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Symptomkomplex

Infektionen (nach AWMF-LL „ELVIS“ (Erreger, Lokalisation, Verlauf, Intensität, Summe) - welche?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Immudysregulation (nach AWMF-LL „GARFIELD“ (z. B. Autoimmunität, Granulome, rezidivierendes Fieber, (ungewöhnliche Ekzeme, Lyphoproliferation, chron. Darmentzündung) - welche?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Immunsuppressive Therapien (bisher), wenn ja – welche?

→ Präparat, Dosis, Dauer
 → Bitte auch aktuellen Medikamentenplan beifügen!

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Anamnese

FA: mit Hinweis auf Immundefizienzen, wenn ja - welche?

<input type="checkbox"/> Immundefizienz (Welche)
<input type="checkbox"/> Autoimmunität (Welche)
<input type="checkbox"/> Periodische Fieberschübe
<input type="checkbox"/> Allergien/Asthma (Welche)
<input type="checkbox"/> Sonstige relevante (z. B. Syndrome bzw. Malignität)

SA:

Beruf:

besteht AU	<input type="checkbox"/> ja, seit wann	<input type="checkbox"/> nein
EU	<input type="checkbox"/> ja, seit wann	<input type="checkbox"/> nein
GdB	<input type="checkbox"/> ja, welcher Gdb	<input type="checkbox"/> nein
Substanzabusus	<input type="checkbox"/> ja , welche/r	<input type="checkbox"/> nein
Allergenkontakt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

EA: Symptome hinweisend auf ELVIS/GARFIELD mit Jahr der Erstmanifestation

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Sonstige Hinweise für Immundefizienz, wenn ja – welche?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

JA: Bisherige sonstige Vorstellung bei V. a. chron. Immundefizienz

Krankenhausaufenthalte relevant für Ausschlussdiagnose: ja nein (Epikrise beifügen (s.o.)

Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin

Datum: _____