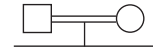


Patientenname:**Geburtsdatum:****Anamnese/Klinik**

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|
| Konsanguinität | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | (wenn ja, geben Sie bitte einen Stammbaum an) |
| Neonatale Atemstörung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | |
| Chronische Sinusitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | |
| Chronische Mittelohrprobleme | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | |
| Chronische Bronchitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | |
| Chronisch feuchter Husten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | |
| Bronchiektasen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | |
| Situs inversus totalis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> unbekannt | |

**Bisherige Diagnostik:**Nasale NO-Messung:Messgerät Ecomedics CLD 88 anderes:

Konzentration: ppb: Produktionsrate (nl/min):

- Messmethode: Standard (Ausatemmanöver gegen Widerstand)
 Spontanatmung (höchster erreichter Wert ohne sicheres Plateau)
 Andere:

Hochfrequenzvideomikroskopie:

Frequenz: normal verringert erhöht Angabe in Hz: gemessen bei °C
 Schlagmuster: normal steif immotil rotierend anders

Klinische Beurteilung: PCD sicher wahrscheinlich fraglich

- Gewünschte Abklärung:**
- IF (Objekträger beigefügt)
 TEM (Probe in Glutaraldehyd beigefügt)
 Genetik (Blutprobe/DNA beigefügt)

Senden Sie bitte das Material und die Unterlagen an:

Labor Univ.-Prof. Dr. med. Heymut Omran, z. Hd. Frau Silvia Henn
 Universitätsklinikum Münster
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeine Pädiatrie
 Albert- Schweitzer-Campus 1, Gebäude: A1
 48149 Münster, Germany
 Tel: 0251-83-47732, Fax: 0251- 83- 47735
 E-mail: Labor-Omran@ukmuenster.de

Einsender-Adresse:**Telefonnummer:**

Befundmitteilung an: Patient/Eltern: ja nein
 Einsender: ja nein

Unterschrift Patient/Eltern**Unterschrift Einsender**