

Begleitschreiben für IF und Genetik

Datum:

Name des Patienten/der Patientin:

Geburtsdatum:

Anamnese/Klinik

Chronisch feuchter Husten	<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
Chronische Rhinosinusitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Chronische Rhinitis/verstopfte Nase	<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
Frühgeburt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt

SSW _____

Neonatale Atemstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	
Situs inversus	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> totalis	<input type="radio"/> anders
Bronchiektasen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	
	<input type="radio"/> li Oberlappen	<input type="radio"/> Lingula	<input type="radio"/> li Unterlappen	
	<input type="radio"/> re Oberlappen	<input type="radio"/> Mittellappen	<input type="radio"/> re Unterlappen	
Hydrozephalus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	
Fertilitätsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	
Konsanguinität	<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)

Hochfrequenzvideomikroskopie:

Frequenz	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> verringert	<input type="radio"/> erhöht	_____ Hz	_____ °C
Schlagmuster	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> steif	<input type="radio"/> immotil	<input type="radio"/> rotierend	<input type="radio"/> anders

Klinische Beurteilung: ☐ PCD sicher ☐ wahrscheinlich ☐ fraglich

Gewünschte Abklärung: ☐ IF ☐ Genetik

Senden Sie bitte das Material und die Unterlagen an:

Labor Univ.-Prof. Dr. med. Heymut Omran
Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeine Pädiatrie
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude: A1
48149 Münster, Germany
Tel: 0251-83-40011, Fax: 0251-83-40010
E-mail: Labor-Omran@ukmuenster.de

*Bitte legen Sie einen aktuellen Arztbrief
und relevante Befunde in Kopie bei*

Einsender-Adresse:

Telefonnummer:

Befundmitteilung an: Patient*in/Eltern: ☐ ja ☐ nein Einsender*in: ☐ ja ☐ nein

Krankenversicherung: ☐ privat ☐ gesetzlich

Unterschrift Patient/Patientin/Eltern

Unterschrift Einsender/Einsenderin

Für weitere Informationen bzgl. Diagnostik und Einwilligungserklärungen besuchen Sie unsere Homepage: „pcd.uni-muenster.de“