



**Vom Arzt auszufüllen!**

**Fragebogen zur Erstvorstellung bei Verdacht auf autoinflammatorische Erkrankung**

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Praxisstempel:

FaxNr: \_\_\_\_\_

Telefonnr. Patient: \_\_\_\_\_

**Notfall** (innerhalb von wenigen Tagen): bitte kontaktieren Sie den diensthabenden Facharzt der Kinder Rheumatologie über die Pforte der Kinderklinik: 07071/2983781

**Termin innerhalb der nächsten 4 Wochen:** bei massiv erhöhten Entzündungswerten ohne Infektfokus Bitte beachten Sie: Aufgrund des extrem hohen Patientenaufkommens werden wir diese Patienten über **die Poliklinik** einbestellen. **HandyNr. des Kinderarztes**\_\_\_\_\_.

**Regulärer Termin:** meist innerhalb von 3-4 Monaten

1. Bitte skizzieren Sie kurz Ihre Fragestellung:

2. Beginn der Symptomatik:

3. Symptome

Infekt Häufigkeit im letzten Jahr:  
Unmittelbar vorangegangener Infekt:

Fieber:  
nein  ja

Episoden/Jahr:                    Dauer der Episoden:                    Höhe des Fiebers:

Trigger: Stress, Infekte, Wetterwechsel, Belastung...  
nein  ja

– Lymphknotenschwellungen:  
nein  ja  Lokalisation:

– Pharyngitis:  
nein  ja  Episoden /Jahr:  
Erregernachweis:  
nein  ja  welcher:

## Seite 2 Erstvorstellung bei Verdacht auf autoinflammatorische Erkrankung

- Abdominelle Beschwerden  
nein  ja  Episoden/Jahr:

Erregernachweis: nein  ja  welcher:

- Gelenkbeschwerden:  
nein  ja  welche:

- Nierenbeschwerden:  
nein  ja   
Eiweißkontrolle im Urin: pos.  neg.

### 4. Familienanamnese

Gibt es Fiebersyndrome, Rheuma, CED, Psoriasis in der Familie?  
nein  ja  welche:

Gibt es Blutsverwandtschaft aus dem Mittelmeerraum?  
nein  ja

Amyloidose / Dialyse?  
nein  ja

### 5. Impfanamnese

Impfungen komplett nach STIKO?  
nein  ja   
Impfunverträglichkeit (welche):

### 6. Allergien:

nein  ja  welche:

### 7. Augenerkrankungen:

nein  ja  welche:  
**wenn nein, bitte einen Termin vereinbaren!**

### 8. Hörminderung:

nein  ja  , Termin beim HNO zum Audiogramm im Hochtonbereich bis 10 Hz

### 9. Autoimmunerkrankheiten:

nein  ja  welche:

### Immundefekt:

nein  ja  welche:

### 10. Hauterkrankungen (z.B. Urtikaria)

nein  ja  welche:

### 11. Sonstige Auffälligkeiten in Anamnese?

## Notwendige Abklärung vor Terminvergabe:

1.-Differenzialblutbild

2.Ausschluss Infektion: Mycoplasma pneumoniae AK, Chlamydia pneumoniae AK, ASL, Borrelien AK, ggf. Syphilis AK, Yersinien AK, Campylobacter EBV AK, CMV AK, Parvovirus B19 AK-

3.Ausschluss Zöliakie

4.Entzündungsparameter (CRP/BSG und Serumamyloid A) im **Fieberschub** (2.-3. Tag nach Beginn) ohne Anhalt auf einen Infekt und im **feberfreien Intervall**.

5.Genetischer Befund

6.Audiogramm / Augenarztbefund

7.AIDAI Fieber-/ Symptom- Fragebogen

**Bitte lassen Sie uns die Anmeldung zusammen mit den Notwendigen Untersuchungen, wie untenstehend zukommen.**

**Bitte beachten Sie, dass wir nur komplett ausgefüllte Anmeldungen entgegennehmen können.**

**Faxantwort an: 07071/29 25145 oder**

**Mail an: [autoinflammation@med.uni-tuebingen.de](mailto:autoinflammation@med.uni-tuebingen.de)**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**