

Terminvereinbarung in der Ambulanz für Autoinflammatorische Erkrankungen (Fiebersyndrome bzw. rez. Fieberepisoden mit Dauer mindestens > 6 Mo.)

Um Termine in unserer Spezialambulanz nach der Dringlichkeit zu reihen, ist die Einschätzung durch den/die zuweisende/n Kinderfacharzt/ärztin wichtig. Wir bitten daher bei **Anmeldung von Erstvorstellungen ausschließlich dieses Formular zu verwenden und per DaMe KAGES024 zu senden.**

- ☐ Erstvorstellung
 ☐ Sehr dringend (innerhalb 1 Woche)
 ☐ Dringend (2-4 Wochen)
 ☐ Regulär (2-3 Monate)

Kontaktdaten Patient*in	Kontaktdaten Zuweiser*in
Name:	Name:
Geburtsdatum:	Telefon-Nr.:
Telefon-Nr.:	
SMS-Terminreminder von den Eltern an die oben angegebene Nr. erwünscht: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Anamnese:

1. Mit welchem Alter begannen die Fieberschübe?
2. Wie viele Infekte / Fieberepisoden pro Jahr?
3. Wie lange dauern die Episoden?
4. In welchen Zeitabständen treten die Episoden auf?
5. Welche Infektionen/Symptome?
6. Welche Erreger? (falls bekannt)
7. Wie viele antiinfektive Therapien im letzten Jahr?
8. Saisonale Häufung? ☐ Ja ☐ Nein
9. Familienanamnese (Autoimmunerkrankungen) bzw. familiäre Herkunft?
10. Bauchschmerzen während Episoden? ☐ Ja ☐ Nein
11. Thoraxschmerzen während Episoden? ☐ Ja ☐ Nein
12. Hautveränderungen? ☐ Ja ☐ Nein
13. Krankenhausaufenthalte? ☐ Ja ☐ Nein
14. Vorerkrankungen/Operationen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche:.....
15. Impfungen erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte vorab Ausschluss zyklische Neutropenie:

- ☐ Wöchentliche Blutbilder mit Differentialblutbild für 6 Wochen

Evtl. vorhandene Vorbefunde bitten wir mit zu übermitteln!

ANTWORT

Termin:

Wir bitten Sie den Termin der Familie mitzuteilen!

Allgemeine Pädiatrie, Ambulanz für Autoinflammatorische Erkrankungen

Abteilungsleitung: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Barbara Plecko

Ambulanzleitung: Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Skrabl-Baumgartner