

Anmeldung zur PCD Diagnostik

Patient/Patientin
(am besten Etikette aufkleben)

Bei Kindern:
Name/Adresse der Eltern/gesetzliche Vertreter

Auftraggeber: Name und Adresse

Telefon für allfällige Rückfragen

Klinische Informationen/Symptome:

- Chronisch feuchter Husten nein ja
- Chronische Rhinitis nein ja
- Rezidivierende Otitiden nein ja
- Rezidivierende respiratorische Infekte nein ja
- Neontales Atemnotsyndrom nein ja
- Situs Anomalien nein ja, _____ (bitte spezifizieren)
- nNO Messung nein ja, _____ (bitte Werte angeben)
- Weitere Bemerkungen (z.B. Familienanamnese, Co-Morbidität, etc.):

Auftrag:

- Nasaless Brushing durch uns inkl. aller benötigten Untersuchungen (Zellkultur, HSVM, IF, ggf. TEM)
- Nasaless Brushing durch Sie und Zusendung an uns; Analyse nasaler Epithelzellen inkl. aller benötigten Untersuchungen (Zellkultur, HSVM, IF, ggf. TEM) zur PCD Diagnostik
- Nur einzelne Untersuchungen: IF HSVM Zellkultur TEM

Information zur Probe:

Entnahmedatum:

Entnahmezeit:

Anzahl nasaler Brushes:

Entnahmeort:

Bemerkungen (z.B. spezieller Entnahmeort, Blutung, nasale Medikamente, Atopie etc.):

Unterschrift

Stempel