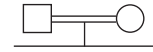


**Patientenname:****Geburtsdatum:****Anamnese/Klinik**

- |                              |                          |                            |                                 |   |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|
| 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 37 °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  
 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

**Einsender-Adresse:****Telefonnummer:****Befundmitteilung an:** Patient/Eltern:  ja  nein Einsender:  ja  nein**Krankenversicherung:**  privat  gesetzlich**Unterschrift Patient/Eltern****Unterschrift Einsender**