

# ABFRAGE LYSOSOMALE SPEICHERERKRANKUNGEN

## LIEBE ELTERN,

die ersten Anzeichen für eine seltene Erkrankung sind oft Allerweltsymptome: wiederkehrende Infekte der Ohren oder der Atemwege, eine verzögerte Entwicklung, eine Ungeschicklichkeit, ein großer Kopf usw. Ein typisches Beispiel für eine solche seltene Erkrankungsgruppe sind die Lysosomalen Speichererkrankungen, von denen einige behandelbar sind. Letztlich führt aber nur die Kombination vieler Symptome zu einem Verdacht. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

NAME

DATUM

Bitte ankreuzen!

		JA	NEIN
1.	Ist Ihr Kind in orthopädischer Behandlung? <i>Falls ja, warum?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ist Ihr Kind in neurologischer Behandlung? <i>Falls ja, warum?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ist Ihr Kind regelmäßig in Behandlung auf Grund von Problemen mit dem Gehör? <i>Falls ja, warum?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatte Ihr Kind bisher häufige Mittelohrentzündungen oder Entzündungen des Innenohres (Einsatz von Paukenröhrchen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Leidet Ihr Kind unter Hörstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Konnten Sie bisher Rückschritte in der motorischen Entwicklung Ihres Kindes feststellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Konnten Sie bisher Rückschritte in der geistigen Entwicklung Ihres Kindes feststellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Liegen bei Ihrem Kind skelettale Deformationen (z.B. Hüftdysplasien: eine Fehlbildung des Hüftgelenkes) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Leidet Ihr Kind unter körperlichen Einschränkungen auf Grund von neurologischen Problemen (Ataxie genannt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Weist Ihr Kind auffällige Gesichtszüge auf (z.B. eine flachere, platte Nase, eine hervorstehende Stirn, wulstigere Augenbrauen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Liegen bei Ihrem Kind gehäufte Infekte der (oberen) Atemwege vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Erscheint der Kopf Ihres Kindes besonders groß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Wurde bei Ihrem Kind ein Leisten- u./o. Nabelbruch festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wurde bei Ihrem Kind eine Hühner- /Trichterbrust festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular beim Praxis-Team ab, danke!