





**8. Hatte sie/er eine Splenektomie (Milzentfernung)?**

Ja  Nein  zz. unbekannt  Unbekannt

**Falls „Ja“:** Datum der Splenektomie (Tag.Monat.Jahr): \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .

**9. Wurde jemals eine Gentherapie durchgeführt?**

Ja  Nein  zz. unbekannt  Unbekannt

**Falls „Ja“:**

Datum der Gentherapie (Tag.Monat.Jahr): \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .

**Hat die Patientin/der Patient von der Gentherapie profitiert?**

Ja  zum Teil  Nein  Kann noch nicht beurteilt werden  zz. unbekannt  Unbekannt

**10. SARS-CoV-2 (Covid 19)**

**Erster positiver SARS-CoV-2 Nachweis mittels PCR:**

PCR für SARS-CoV-2:  Positiv  Negativ  zz. Unbekannt  Unbekannt

Datum des ersten positiven PCR (Tag.Monat.Jahr): \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .  zz. unbekannt  Unbekannt

**Erster positiver Antikörper-Nachweis:**

Serokonversion:  Ja  Nein  zz. unbekannt  Unbekannt

Datum der Serokonversion (Tag.Monat.Jahr): \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .  zz. unbekannt  Unbekannt

**Erste Krankenhauseinweisung aufgrund von COVID-19:**

Krankenhausaufenthalt wegen COVID-19:  Ja  Nein  zz. unbekannt  Unbekannt

Aufnahmedatum (Tag.Monat.Jahr): \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ . \_ .  zz. unbekannt  Unbekannt

Dauer in Tagen: \_\_\_\_\_  zz. unbekannt  Unbekannt

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mitarbeit ☺

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in oder Eltern/Erziehungsberechtigte\*r (optional)

\*\* zz. unbekannt: Information kann evtl. durch weitere Recherche herausgefunden werden.  
\*\*\* Unbekannt: Information ist auch durch intensive Recherche nicht auffindbar

Version: 09.06.2021