



Anleitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Unser größtes Anliegen ist es, Ihnen bestmöglich zu helfen. Neuromuskuläre Erkrankungen sind oft komplex; damit wir Ihre wertvolle Zeit in der Sprechstunde optimal nutzen können, benötigen wir vorab einige Informationen und Unterlagen. Bitte arbeiten Sie die folgenden Schritte nacheinander durch und senden Sie uns Ihre Unterlagen gesammelt zu.

Ihre nächsten Schritte

- 1) Füllen Sie das **Formular 1** („Fragebogen für Patientinnen und Patienten“) aus.
- 2) Erstellen Sie **KOPIEN** aller vorliegenden Befunde und legen Sie diese Ihrer Sendung bei.
- 3) Senden Sie alle Unterlagen (Formular 1 und Befunde) in einer Sendung per Post oder E-Mail an uns.

Hinweis: Die Terminvergabe erfolgt erst nach Eingang Ihres vollständig ausgefüllten Fragebogens und der Kernbefunde.

Wohin senden?

Post:

z.H. Lisa Benz

Uniklinik Ulm – Campus Nord
Klinik für Neurologie, Ambulanz
Oberer Eselsberg 45
89081 Ulm

E-Mail:

lisa.benz@dgm.org

FORMULAR 1 – Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zu Hause aus und senden Sie ihn zusammen mit KOPIEN Ihrer Befunde an uns.

A) Persönliche Daten

Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße / Nr.:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
Handy-Nummer:	
E-Mail:	
Krankenversicherung:	
Private Zusatzversicherung für stationären Aufenthalt:	

B) Aktuelle Beschwerden und Verlauf

Seit wann bestehen die Beschwerden?	
Wo begannen die Beschwerden? (z. B. Beine, Schultern, Hände)	



Bitte kreuzen Sie Ihre wichtigsten Beschwerden an (Mehrfachnennung möglich):

- Muskelschwäche
- Muskelkrämpfe
- Muskelschmerzen (Ruhe/Belastung)
- Muskelzuckungen (Faszikulationen)
- Steifigkeit
- Rasche Ermüdung
- Doppelbilder / hängende Lider
- Sprech-/Schluckbeschwerden
- Atemnot (tags / nachts)
- sonstiges: _____

Betroffene Bereiche (bitte ankreuzen):

- Schulter/Arme
- Hände/Finger
- Becken/Oberschenkel
- Unterschenkel/Füße
- Nacken/Rücken
- Gesicht/Kauen/Schlucken

C) Bisherige Untersuchungen:

Untersuchung	Ja/Nein	Datum (ca.)	Befund (Kurz)
Blut (inkl. CK)			
Elektro-neurographie (ENG/NLG)			
Elektromyographie (EMG)			
Muskel-MRT			
Muskelbiopsie			
Genetische Untersuchung			

D) Bisherige Therapien

- Physiotherapie (Krankengymnastik)
- Ergotherapie
- Logopädie
- Medikamente (z. B. Kortison/Immunsuppression)
- Sonstiges: _____

E) Medizinische Vorgeschichte

Erkrankung	Ja/Nein	Noch aktuell?	Bemerkung
Herzerkrankungen (z. B. Herzschwäche, Rhythmusstörungen)			
Lungenerkrankungen (z. B. Asthma/Atemschwäche)			
Diabetes mellitus			
Schilddrüsenerkrankungen			
Autoimmunerkrankungen (z. B. Rheuma)			
Schlafbezogene Atmungsstörung (z. B. CPAP/BiPAP)			

Operationen/Narkosen (Komplikationen, ggf. maligne Hyperthermie/Myotonie bekannt?):

F) Medikamente (bitte vollständig angeben)

Medikament	Dosis	Einnahme (z. B. 1-0-1)	Bemerkung

G) Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit ähnlichen Beschwerden oder bekannten Muskel-/Nervenerkrankungen? Bitte Verwandtschaftsgrad und – wenn bekannt – Diagnose angeben.

H) Alltagsfunktionen, Hilfsmittel, Beruf

Tätigkeit	Ohne Probleme	Mit Mühe	Nur mit Hilfe / Nicht möglich
Gehen in der Ebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen vom Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Kopf heben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlucken (fest/flüssig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen (Deutlichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel:

- kein Gehstock Rollator Rollstuhl Orthesen/Schienen
 Hustenassistent
 Heimbeatmung (CPAP/BiPAP) Sonstiges: _____

Beruf/Aktuelle Tätigkeit:	
Arbeitsunfähigkeit seit (falls zutreffend):	
Pflegegrad:	
Grad der Behinderung (GdB) und Zusatzmerkmale:	



I) Vegetative Funktionen

Atmung: unauffällig Kurzatmigkeit bei Belastung Kurzatmigkeit in Ruhe
 nächtliche Atemprobleme/Schnarchen

Schlaf: gut schlecht – weil: _____

Gewicht: stabil zugenommen abgenommen (ca. ___ kg in ___ Monaten)

J) Ihre Ziele und Erwartungen

- Klare Diagnose / Diagnosesicherung
- Zweitmeinung
- Therapieempfehlungen
- Beratung zu Hilfsmitteln
- Einschätzung des Krankheitsverlaufs (Prognose)
- Interesse an Studien
- Sonstiges: _____

Datum und Unterschrift: _____

Hinweis: Die Terminvergabe erfolgt erst nach Eingang Ihres vollständig ausgefüllten Fragebogens und der Kernbefunde

