



DIE DEUTSCHEN
UNIVERSITÄTSKLINIKA®



UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Poliklinik Neurologie | 89081 Ulm

Klinik für Neurologie

Ärztliche Direktoren

Prof. Dr. med. J. Weishaupt
Prof. Dr. med. K. G. Häusler
Oberer Eselsberg 45
89081 Ulm

Neuromuskuläre Ambulanz

T: 0731 500 63011
F: 0731 500-63012

Neuromuskuläre Ambulanz Universitätsklinikum Ulm

Sprechstundentermine nach Vereinbarung.

Bitte beachten Sie: Bringen Sie zu Ihrem Termin ausschließlich **KOPIEN** Ihrer Befunde mit. Die Unterlagen werden zur Dokumentation in Ihrer Akte archiviert und können nicht zurückgegeben werden.

Datenschutz-Hinweis: Gesundheitsdaten per E-Mail können Sicherheitsrisiken bergen. Wenn möglich, senden Sie uns Unterlagen per Post oder als passwortgeschütztes PDF.

DGM Patientenlotsin
Lisa Benz
T: 0731-1775225
E: lisa.benz@dgm.org

Anleitung und Checkliste für Ihre Anmeldung in der Muskelsprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Unser größtes Anliegen ist es, Ihnen bestmöglich zu helfen. Muskuläre 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) Lassen Sie das **Formular 1** („Anmeldung zur Muskelsprechstunde“) von Ihrer überweisenden Fachärztin bzw. Ihrem überweisenden Facharzt für Neurologie ausfüllen und nehmen Sie es wieder mit nach Hause.
- 2) Füllen Sie das **Formular 2** („Fragebogen für Patientinnen und Patienten“) in Ruhe zu Hause aus.
- 3) Erstellen Sie **KOPIEN** aller vorliegenden Befunde (siehe Checkliste) und legen Sie diese Ihrer Sendung bei.
- 4) Senden Sie alle Unterlagen in einer Sendung per Post an uns.

Erst wenn uns die Unterlagen vollständig vorliegen, können wir einen Termin für Sie planen.

Wohin senden?

Post:

z.H. Lisa Benz

Universitätsklinikum Ulm, Abt. Neurologie

Campus Nord

Oberer Eselsberg 45

89081 Ulm

E-Mail:

lisa.benz@dgm.org

Checkliste – bitte beilegen (nur Kopien!)

- ☐ Formular 1 – Anmeldung (vom Facharzt für Neurologie ausgefüllt)
- ☐ Formular 2 – Fragebogen für Patientinnen und Patienten (von Ihnen ausgefüllt)
- ☐ Überweisungsschein für die Neurologie (Kopie)
- ☐ Aktuelle und frühere Arztbriefe **Kopie** (insbesondere Neurologie, ggf. Kardiologie/Rheumatologie)
- ☐ Laborergebnisse (insbesondere aktueller CK-Wert, gern als Verlauf)
- ☐ Neurophysiologische Befunde (ENG/NLG und EMG – Kurzbefund)
- ☐ Befunde einer Muskelbiopsie (falls vorhanden)
- ☐ Befunde einer genetischen Diagnostik (falls vorhanden)
- ☐ CD oder QR-Link zu MRT-/CT-Bildgebung inkl. schriftlicher Befunde (falls vorhanden)
- ☐ Aktueller Medikamentenplan
- ☐ Checkliste

WICHTIGER HINWEIS ZUR TERMINVERGABE:

Einen Termin können wir erst vergeben, wenn uns

1) der vollständig ausgefüllte Fragebogen und

2) zwingend folgende Kernbefunde vorliegen: **aktueller CK-Wert** sowie **EMG/ENG/NLG-Kurzbefund** (Kopien ausreichend).

Diese Unterlagen ermöglichen uns, Ihren Fall vorab strukturiert zu prüfen, die Diagnostik gezielt zu planen und unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Bei akuten Beschwerden wie plötzlicher schwerer Muskelschwäche, akuter Atemnot oder ausgeprägten Schluckstörungen wenden Sie sich bitte sofort an den Rettungsdienst (112) oder die nächstgelegene Notaufnahme.

FORMULAR 1 – Anmeldung zur Muskelsprechstunde (vom Facharzt für Neurologie auszufüllen)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

aufgrund der begrenzten Kapazität an unserer Hochschulambulanz und der steigenden Anzahl an Anfragen sind oft lange Wartezeiten erforderlich. Wir bitten daher um ihre Mithilfe, um die Patientin/ und Patienten zu identifizieren, bei denen eine Vorstellung sinnvoll ist, und bei denen eine zeitnahe Vorstellung notwendig ist.

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, fügen einen kurzen fachärztlichen Befundbericht bei und geben Sie es der Patientin/dem Patienten zur gebündelten Einsendung an uns zurück.

1) Patientendaten

Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	
Krankenversicherung:	

2) Zuweisende Praxis / Klinik

Praxis/Klinik:	
Ansprechpartner/in:	
Telefon für Rückfragen:	
E-Mail:	
Praxisstempel:	

3) Klinische Angaben

3.1 Aktuelle neuromuskuläre Fragestellung / Leitsymptome (Kurzbeschreibung):

3.2 Relevante Vorbefunde (Kurzfassung):

Parameter	Wert/Befund	Datum (ca.)	Anmerkung
CK (maximal/aktuell – möglichst nach körperlicher Schonung)			
EMG (zwingend notwendig)			
ENG/NLG (Kurzbefund)			
Muskel-MRT (falls vorhanden)			
Muskelbiopsie (falls vorhanden)			
Genetische Diagnostik (falls vorhanden)			

Optional: bisherige Therapien/Verlauf (Stichworte):

Datum und Unterschrift der zuweisenden Ärztin / des zuweisenden Arztes:

FORMULAR 2 – 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:	

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 zwingend notwendig)			
Elektro-neurographie (ENG/NLG)			
Elektromyographie (EMG, zwingend notwendig)			
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)

☐ Sonstiges: _____

Datum und Unterschrift: _____

Hinweis: Die Terminvergabe erfolgt erst nach Eingang Ihres vollständig ausgefüllten Fragebogens und der Kernbefunde (**insb. aktueller CK und EMG/ENG/NLG-Kurzbefund**).

FORMULAR 3 – Ihre persönliche Vorbereitung auf das Gespräch

Dieses Formular ist Ihr persönlicher Leitfaden (kein Pflichtdokument). Es hilft, im Gespräch nichts Wichtiges zu vergessen, und stärkt Ihre aktive Rolle.

1) Meine wichtigsten Symptome (bitte priorisieren)

Hauptsymptom 1: _____

Seit wann?	
Schwankt die Stärke? (z. B. morgens/abends, nach Belastung)	
Was verschlechtert es?	
Was bessert es?	

Hauptsymptom 2: _____

Seit wann?	
Schwankt die Stärke? (z. B. morgens/abends, nach Belastung)	
Was verschlechtert es?	
Was bessert es?	

Hauptsymptom 3: _____

Seit wann?	
Schwankt die Stärke? (z. B. morgens/abends, nach Belastung)	
Was verschlechtert es?	
Was bessert es?	

2) Meine Fragen an die Ärztin / den Arzt

Frage 1: _____

Frage 2: _____

Frage 3: _____

Frage 4: _____

Frage 5: _____

Warum Ihre Vorbereitung wichtig ist

Mit Ihrer Hilfe geht keine wichtige Information verloren, und wir können die gemeinsame Zeit ganz auf das konzentrieren, was Ihnen wirklich am Herzen liegt. So kommen wir gemeinsam schneller zu einer klaren Einschätzung, planen gezielt die passenden Untersuchungen und treffen fundierte Therapieentscheidungen. Bitte bringen Sie dieses Formular zu Ihrem Termin mit – damit wir gemeinsam das Beste aus Ihrem Besuch machen.

