



## Zentrum für Seltene Erkrankungen Düsseldorf

### Erhebungsbogen für eine Anfrage an das Zentrum für Seltene Erkrankungen des Universitätsklinikums Düsseldorf

Per Fax: (+) 49 - 211 - 81 015 16984

Per Post: ZSE Düsseldorf  
Geb. 23.12, Ebene 03  
Postfach 101007  
D-40001 Düsseldorf

## 1. Patientendaten

### Allgemeine Angaben

ZSED-Nr. (füllen wir aus)		
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
Adresse		
Telefon		
Email (wenn vorhanden)		
Krankenversichert bei:		
Körpergröße, Körpergewicht		
Familienstand, Kinder		
Name und Adresse des Hausarztes		
Falls Sie nicht der Patient sind, in welcher Beziehung stehen Sie zu dem Patienten?	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Arzt
Falls nicht Patient, bitte Kontaktdaten angeben (Name, Adresse, Telefon, Email)		

### Herkunft/ Nationalität

Ihre Herkunft/ Nationalität	
Mutter	
Vater	

## **Beruf**

Welche berufliche Ausbildung haben Sie?		
Aktuell ausgeübte Tätigkeit		
Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welchen?		

### ***Rauchen Sie?***

- Ja, Anzahl Zigaretten/ Tag seit: \_\_\_\_\_
- Nein
- Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

### ***Trinken Sie Alkohol?***

- Ja, und zwar (Menge, über Zeitraum): \_\_\_\_\_
- Nein
- Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

### ***Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. vegetarische, vegane Ernährung)?***

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_
- Nein

### ***Besteht eine Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln?***

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_
- Nein

### ***Haben Sie Haustiere?***

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_
- Nein

**Nehmen Sie derzeit Medikamente (inkl. Nahrungsergänzungsmittel) ein?**

Name	Dosis (mg)	Einnahmeschema				Dauer (in Monaten)
		Morgens	Mittags	Abends	Nachts	

**2. Kontaktierungsgrund**

**Was ist der Hauptgrund Ihrer Kontaktaufnahme mit dem Zentrum für Seltene Erkrankungen?**

- Erstkontakt                       Diagnosestellung                       Expertensuche  
 Information                       Zweitmeinung  
 Anderer Grund \_\_\_\_\_

**Waren Sie bereits in einem anderen Zentrum für Seltene Erkrankungen vorstellig?**

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_                       Nein

**Hat ein betreuender Arzt den konkreten Verdacht auf eine seltene Erkrankung geäußert?**

- Ja, Verdacht auf: \_\_\_\_\_                       Nein

**Wurde bei Ihnen bereits eine seltene Erkrankung diagnostiziert?**

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_                       Nein

**Wurde bei einem Familienangehörigen der konkrete Verdacht auf eine seltene Erkrankung geäußert?**

- Ja, und zwar Verdacht auf bei: \_\_\_\_\_  
 Nein

**Wurde bei einem Familienangehörigen bereits eine seltene Erkrankung diagnostiziert?**

- Ja, und zwar bei: \_\_\_\_\_  
 Nein

**Bitte formulieren Sie Ihr genaues Anliegen:**

**Wie sind Sie auf das Zentrum für Seltene Erkrankungen aufmerksam geworden?**

- Arzt                                       Internet                                       Selbsthilfe/ Patientenorganisation  
 Familie/Freunde                       Printmedien                               ZSED Homepage  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Betreuung?**

- Ja, Hausarzt                       Ja, Facharzt: \_\_\_\_\_  
 Nein

### 3. Studienteilnahme

**Sind Sie an einer künftigen Studienteilnahme interessiert?**

- Ja                                       Nein                                       Bitte um Rücksprache

**Dürfen wir Ihre Angaben in einem anonymen Patientenregister speichern?**

- Ja                                       Nein                                       Bitte um Rücksprache

#### 4. Aktuelle Beschwerden

***In welchem Alter haben die Beschwerden angefangen?***

- Seit Geburt  Erste Beschwerden ab Alter: \_\_\_\_\_

***Bitte geben Sie Ihre aktuellen Hauptbeschwerden an. Wie stark sind diese auf einer Skala von 1 (gering) - 5 (sehr stark) ausgeprägt?***

Beschwerde	1	2	3	4	5	Variiert stark	Ab Alter
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

***Welche Organe/ Organsysteme sind betroffen?***

Kopf, Hals, Sinnesorgane, Nerven	Innere Organe	Sonstige Organsysteme
<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Blutbildung
<input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Gelenke
<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Galle	<input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane
<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Haut
<input type="checkbox"/> Nerven	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Hormonsystem
<input type="checkbox"/> Ohren	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Immunsystem
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Knochen
<input type="checkbox"/> Zähne	<input type="checkbox"/> Milz	<input type="checkbox"/> Muskeln
	<input type="checkbox"/> Niere	
	<input type="checkbox"/> Nebenniere	
	<input type="checkbox"/> Speiseröhre	

- Ich bin mir unsicher und bitte um Durchsicht der Befunde, die ich in lesbarer Kopie beigefügt habe.

**Gibt es noch weitere Beschwerden? Wie stark sind diese auf einer Skala von 1 (gering) - 5 (sehr stark) ausgeprägt?**

Beschwerde	1	2	3	4	5	Variiert stark	Ab Alter
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

**Mit welchen Beschwerden begann die Erkrankung?**

Beschwerde	Alter
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

**Waren Sie im Ausland bevor die Symptome angefangen haben?**

- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
 Zeitraum: \_\_\_\_\_
- Nein

**Traten bei Ihren Familienangehörigen ähnliche Beschwerden auf?**

- Nein                       Ja, und zwar:

Familienmitglied*	Beschwerde 1	Beschwerde 2	Beschwerde 3

\* Bitte angeben, ob mütterlicherseits oder väterlicherseits, z.B. Tante mütterlicherseits





## 6. Diagnoseweg

**Wann (Monat/Jahr) wurden zum ersten Mal zur Aufklärung der aktuellen Beschwerden folgende Einrichtungen aufgesucht?**

Allgemeinmediziner/ Hausarzt: (Name): _____
aufgesucht am: _____
Facharzt (mit Fachrichtung und Name): _____
aufgesucht am: _____
Regionales Krankenhaus (Name): _____
aufgesucht am: _____
Universitätsklinik (Name): _____
aufgesucht am: _____

**Waren Sie aufgrund der aktuellen Beschwerden schon einmal am Universitätsklinikum Düsseldorf?**

Nein  Ja

Name Klinik/ Abteilung: \_\_\_\_\_ Aufgesucht am: \_\_\_\_\_

**Welche weiteren Ärzte waren bei der Aufklärung der aktuellen Beschwerden bereits beteiligt?**

<input type="checkbox"/> Allergologe	<input type="checkbox"/> Homöopath	<input type="checkbox"/> Psychiater
<input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner	<input type="checkbox"/> Humangenetiker	<input type="checkbox"/> Psychologe
<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> Immunologe	<input type="checkbox"/> Psychosomatiker
<input type="checkbox"/> Chiropraktiker	<input type="checkbox"/> Internist	<input type="checkbox"/> Radiologe
<input type="checkbox"/> Chirurg	<input type="checkbox"/> Kardiologe	<input type="checkbox"/> Nuklearmediziner
<input type="checkbox"/> Diabetologe	<input type="checkbox"/> Kinderarzt	<input type="checkbox"/> Rheumatologe
<input type="checkbox"/> Endokrinologe	<input type="checkbox"/> Lungenarzt	<input type="checkbox"/> Schmerztherapeut
<input type="checkbox"/> Frauenarzt	<input type="checkbox"/> Neurochirurg	<input type="checkbox"/> Umweltmediziner
<input type="checkbox"/> Gastroenterologe	<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="checkbox"/> Urologe
<input type="checkbox"/> Gefäßarzt	<input type="checkbox"/> Nierenarzt	<input type="checkbox"/> Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Hämatologe	<input type="checkbox"/> Onkologe	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Hautarzt	<input type="checkbox"/> Orthopäde	
<input type="checkbox"/> HNO-Arzt	<input type="checkbox"/> Pathologe	

## 7. Untersuchungen

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (Befunde in lesbarer Kopie beifügen)?

Untersuchung	Ja	Nein	Befunde	Jahr
Arthroskopie (Gelenkspiegelung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergietest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biopsie (Gewebeentnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewebeentnahme aus folgenden Organen:				
Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronchoskopie (Lungenspiegelung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Computertomographie (CT)/ PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CT folgender Organe:				
EEG (Messung der elektrischen Aktivität des Gehirns)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EKG (Ruhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EKG (Belastung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektromyografie (EMG)-Messung der Muskelaktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektroneurografie (ENG)-Messung der Nervenleitgeschwindigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entwicklungsdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastroskopie (Magenspiegelung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genetische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Untersuchung folgender Gene:				
Hormonuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koloskopie (Darmspiegelung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magnetresonanztomographie (MRT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MRT folgender Organe:				
Lungenfunktionstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liquorentnahme (Entnahme v. Nervenwasser aus Wirbelkanal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ophthalmoskopie (Augenspiegelung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgen folgender Organe:				
Sehtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szintigrafie (Bildgebende Darstellung der Organfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szintigrafie folgender Organe:				
Sonografie (Ultraschall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ultraschall folgender Organe:				
Tonometrie (Augeninnendruckmessung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere NICHT genannte Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Folgende Untersuchung:				

## 8. Erkrankungen, Operationen, Unfälle

<b>Liegen bei Ihnen oder in Ihrer Familie genetische Erkrankungen vor?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ _____	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unsicher, bitte um Durchsicht der in Kopie vorliegenden Unterlagen

### **Sind bei Ihnen oder Ihren Familienangehörigen Krebserkrankungen aufgetreten?**

Organ	Ja	Nein	Alter	Familie	Betroffener Familienangehöriger*	Alter
Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Mundhöhle und Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Eierstöcke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Malignes Melanom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Harnblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Lymphom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Leukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Weichgewebe (Binde-, Fettgewebe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Welcher Tumor?						

\* Bitte mit Angabe, ob mütterlicherseits oder väterlicherseits

**Liegen bei Ihnen oder Ihren Familienangehörigen folgende Erkrankungen vor?**

Organsystem	Erkrankung	Ja	Nein	Befund (in Kopie beiliegend)	Familie	Betroffener Familien- angehöriger *
Allergien/ Haut	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, wogegen?					
	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?						
Autoimmun- erkrankung	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Blut	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Harn- und Nieren	Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Herz-Kreislauf	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Infektionen	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					

Organsystem	Erkrankung	Ja	Nein	Befund	Familie	Betroffener Familienangehöriger *
Lunge	COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Magen-Darm/Verdauungssystem	Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Magen,- Darmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Muskel- und Skelettsystem	Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bewegungsstörungen der Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bewegungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gelenkfehlstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	X-Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	O-Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Morbus Paget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäulen-deformationen	Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Spondylolisthesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Nerven	Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					

Psyche	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Schilddrüse	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Stoffwechsel	Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fettstoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
Augen	Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hornhauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
	Netzhauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					

\* Bitte mit Angabe, ob mütterlicherseits oder väterlicherseits

**Liegen bei Ihnen oder bei Ihren Familienangehörigen weitere, oben nicht genannte Erkrankungen vor?**

**Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?**

- Ja, und zwar (Jahr) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nein

**Hatten Sie Unfälle oder Knochenbrüche?**

- Ja, und zwar (Jahr) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nein

**Wurden oder werden Sie krankengymnastisch behandelt?**

- Ja  Nein

**Wenn ja, in welchem Zeitraum und wie häufig (Anzahl Behandlungen pro Woche)?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie die krankengymnastischen Übungen über den Behandlungszeitraum in Eigenregie weitergeführt?**

- Ja  Nein

**Wenn ja, in welchem Zeitraum?**

---

---

**Hat die krankengymnastische Behandlung zu einer Besserung Ihrer Beschwerden geführt?**

- Ja  Nein

#### **Für Frauen**

**Hatten Sie bereits Ihre erste Regelblutung?**

- Ja, und zwar im Alter: \_\_\_\_\_  
 Nein

**Ist Ihre Regelblutung regelmäßig?**

- Ja  Nein

**In welchem Alter hat bei Ihnen das Brustwachstum eingesetzt?**

---

**Haben Sie Behaarung in den Achselhöhlen?**

- Ja, seit Alter \_\_\_\_\_  Nein



## 9. Einverständnis

### Einverständniserklärung

- Ich erkläre mich durch Zusenden dieses Erhebungsbogens und aller übermittelten Unterlagen meiner Person/ meines (unseres) Kindes betreffend damit einverstanden, dass meine Patientendaten/ die Patientendaten meines Kindes durchgesehen und archiviert werden.
  
- Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass dieser Erhebungsbogen sowie alle übermittelten Unterlagen meiner Person/ meines Kindes betreffend (z.B. in Kopie Arztbriefe/ Befunde/ Dateien von Untersuchungen (z.B. MRT-Bilder) gespeichert und zum Zwecke der diagnostischen Abklärung an weiterversorgende Zentren/ Ärzte gegeben und dort bearbeitet werden.
  
- Ich habe den Fragebogen eigenhändig ausgefüllt und verstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patientin/ Patient

---

Ort, Datum

---

Unterschrift gesetzlicher Vertreter (z.B. Eltern,  
gesetzlicher Betreuer)