



Zentrum für Seltene Erkrankungen Düsseldorf

**Erhebungsbogen für eine Anfrage an das Zentrum für Seltene
Erkrankungen des Universitätsklinikums Düsseldorf für Patienten mit
gesicherter Diagnose**

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		
E-Mail (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, E-Mail)		

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?

Expertensuche Information Zweitmeinung
 Anderer Grund _____

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

Ja, und zwar: _____ Nein

Welcher betreuende Arzt hat die Diagnose einer seltenen Erkrankung gestellt?

Welche Seltene Erkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert?

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

Ja, und zwar bei/ auf: _____
 Nein

Bitte formulieren Sie ihr genaues Anliegen:

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

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Selbsthilfe/ Patientenorganisation |
| <input type="checkbox"/> Familie/Freunde | <input type="checkbox"/> Printmedien | <input type="checkbox"/> ZSED Homepage |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Betreuung?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, Hausarzt | <input type="checkbox"/> Ja, Facharzt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

3. Studienteilnahme

Sind Sie an einer künftigen Studienteilnahme interessiert?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Bitte um Rücksprache |
|-----------------------------|-------------------------------|---|

Dürfen wir Ihre Angaben in einem anonymen Patientenregister speichern?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Bitte um Rücksprache |
|-----------------------------|-------------------------------|---|

4. Aktuelle Beschwerden

In welchem Alter haben die Beschwerden angefangen?	
<input type="checkbox"/> Seit Geburt	<input type="checkbox"/> 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

5. Diagnosestellung

Welche Diagnose wurde für die aktuellen Beschwerden gestellt?

Diagnose: _____

Diagnosestellung durch (Arzt/Klinik): _____

Diagnosestellung am (Monat/Jahr): _____

Ist diese Diagnose als gesichert anzusehen?

Ja Nein

Wenn Ja, wie wurde die Diagnose gesichert?

Genetisch Bildgebung Laborwerte

Klinik Sonstiges: _____

Gab es zwischenzeitlich einen Wechsel der Diagnosen?

Ja Nein

Frühere Diagnose lautete: _____

Durch wen wurden Zweifel an der Diagnose geäußert?

Von mir selbst Facharzt Hausarzt Angehöriger

Sonstige: _____

Aus welchen Gründen wurden Zweifel an der Diagnose geäußert?

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"/>	
Gewebsentnahme aus folgenden Organen				
Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronchoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Computertomografie (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"/>	
Magnetresonanztomografie (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

Liegen bei Ihnen oder in Ihrer Familie genetische Erkrankungen vor?

Ja, und zwar: _____

Nein 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 Familienangehöriger *
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 Erkrankung	<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 Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wenn ja, welche?					
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"/>	
	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"/>	
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?					

Organsystem	Erkrankung	Ja	Nein	Befund	Familie	Betroffener Familienangehöriger *
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, Art der OP) _____

- 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)