

Ärztlicher Anmeldebogen für Ratsuchende mit unklarer Diagnose

Einsendende Praxis (Stempel):

Seite 1 bitte von ärztlicher Seite ausfüllen

Patientendaten Geschlecht: m w d

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ Stadt:

Symptomatik

seit wann?

1.

2.

3.

4.

Für eine Seltene Erkrankung sprechen (bitte ankreuzen):

Familiäre Häufung

Progedienter Verlauf

Multiorgan-Erkrankung

altersuntypisches Auftreten

Bisherige Diagnostik inkl. Ergebnisse

Verlauf, schwerwiegende Ereignisse und Therapie

(Maßnahmen, Medikation, Therapieansprechen, besondere unerwünschte Reaktionen)

Verdachtsdiagnose/Fragestellung:

Könnte eine psychosomatische (Begleit-)Symptomatik vorliegen? Ja Nein

Die Zustimmung des Patienten zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor

Datum:

Unterschrift Ärztin/Arzt:

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an:

CESEK-Centrum für Seltene Erkrankungen, Uniklinik Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Allgemeine Daten

Telefon:	Geburtsland:
E-Mail (verpflichtende Angabe):	
Krankenversicherung gesetzlich:	Privat:

Falls Sie für eine andere Person anfragen, füllen Sie bitte auch nachfolgende Informationen aus.

Bitte beachten Sie, dass wir nur Anfragen annehmen, die Ihre eigenen minderjährigen Kinder oder von Ihnen gesetzlich betreute Personen betreffen!

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Patienten/zur Patientin?

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: m w d
Straße:	
PLZ:	Stadt:
Telefon:	
E-Mail:	

Kontaktierungsgrund

Diagnosestellung
Expertenmeinung
Information
Zweitmeinung
Anbindung

anderer Grund:

Für den Fall, dass Sie bereits eine Diagnose gestellt bekommen haben, füllen Sie bitte nur das auf unserer Internetseite bereitgestellte Formular für diesen Fall aus

Medizinische Vorgeschichte

Gibt es weitere Erkrankungen, die nicht in direktem Zusammenhang mit den oben genannten Beschwerden stehen? Bitte geben Sie auch an, seit wann diese Erkrankungen bestehen!

Sind Sie in der Vergangenheit operiert worden?

Operation

Zeitraum

Falls Sie derzeit Medikamente (inklusive Nahrungsergänzungsmittel und frei verkäufliche Medikamente) einnehmen, tragen Sie diese bitte in folgende Übersicht ein.

Falls Sie in der Vergangenheit regelmäßig Medikamente eingenommen haben, die Sie jetzt nicht mehr einnehmen, tragen Sie diese bitte auch ein und geben Sie an, warum Sie sie nicht mehr einnehmen.

Medikament (inklusive Dosierung)

Häufigkeit (z. B. 1-0-1 für einmal morgens, einmal abends)

Leiden Sie unter Allergien?

Nein: Ja, gegen

Leiden Sie unter Nahrungsmittelintoleranzen (z. B. Laktoseintoleranz, Fructosemalabsorption)?

Nein: Ja, gegen

(ggf. Befunde anfügen)

Diagnoseweg

Wann waren Sie wegen Ihrer Beschwerden zum ersten Mal in ärztlicher Behandlung? Und bei wem?

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

Ja, und zwar:

Nein:

Wurde im Zusammenhang mit den Beschwerden schon einmal eine Diagnose gestellt oder eine Verdachtsdiagnose durch einen Arzt/ eine Ärztin geäußert? Bitte geben Sie auch an, durch wen die Diagnose /Verdachtsdiagnose gestellt wurde.

Wurde diese Diagnose bzw. dieser Verdacht schon einmal von einem anderen Arzt angezweifelt? Bitte geben Sie auch hier an, durch wen die Zweifel geäußert wurden und warum.

Waren Sie schon einmal aufgrund dieser Beschwerden in der Uniklinik Köln?

Ja, am _____ in folgender Abteilung:

Nein:

Haben Sie sich schon einmal an ein anderes Zentrum für Seltene Erkrankungen gewandt?

Ja, am _____ in folgendem Zentrum:

Nein:

Wo sind Sie bereits zur Abklärung Ihrer Beschwerden vorstellig geworden?

(bitte geben Sie das Datum des Besuchs mit an schicken Sie die Unterlagen in Kopie mit)

Allergologie:

Angiologie:

Anästhesie:

Augenheilkunde:

Chirurgie:

Diabetologie:

Endokrinologie:

Gastroenterologie:

Gynäkologie:

Hämatologie:

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde:

Heilpraktiker:

Humangenetik:

Immunologie:

Kardiologie:

Kinderheilkunde:

Spezialisierung:

Pulmonologie:

Nephrologie:

Neurologie:

Onkologie:

Orthopädie:

Pathologie:

Psychiatrie:

Psychosomatik:

Psychologie:

Rheumatologie:

Radiologie:

Umweltmedizin:

Urologie:

Phlebologie:

Zahnarzt:

Tropen-/Reisemedizin:

Schmerzmedizin:

Sonstige:

Weitere Anamnese

Aktuelles Gewicht: kg Größe: cm einfügen.

Gab es in der letzten Zeit eine unbeabsichtigte Gewichtsveränderung?

Nein Ja :

(Zeitraum + verändertes Gewicht angeben) Falls ja, sehen Sie einen Grund für diese Gewichtsveränderung?

Sozialanamnese

Sind Sie derzeit berufstätig/in Ausbildung?

Ja. Aktueller Beruf/Ausbildung:

Nein. Ich bin seit:

arbeitsunfähig berentet arbeitssuchend sonstiges:

Haben Sie in der Vergangenheit einen anderen Beruf ausgeübt? Wenn ja, was für einen?

Lebenssituation

Ich lebe

alleine

bei meinen Eltern

mit Ehefrau/-mann zusammen

mit Partner/Partnerin zusammen

mit Kind/Kindern zusammen

in einer Wohngemeinschaft

sonstige Wohnsituation:

Kinder: Bitte Anzahl und Alter angeben:

Alter:

Lebensstil

Wie ernähren Sie sich?

Vollkost

vegetarisch

vegan

Sonstiges:

Haben Sie ein Haustier? nein ja und zwar:

Tragen Sie körperfremdes Material in sich? (z. B. Piercings, Prothesen, Tätowierung, Schrittmacher etc.)

nein

Ja (Was? Wo? Seit wann?):

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Nie

Etwa 1 Mal pro Monat

2 - 4 Mal pro Monat

2 - 3 Mal pro Woche

4 mal oder öfter pro Woche

Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

(1 Getränk entspricht 0,3 l Bier, 0,1 l Wein/Sekt oder 40 cl Schnaps.)

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Früher mal, bis zum Jahr:

Wenn ja, wie viele Jahre lang (auch früherer Konsum)? Insgesamt

Jahre

Über den gesamten Zeitraum gesehen, wie viele Zigaretten waren es durchschnittlich pro Tag?

Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie – abgesehen von Alkohol und Tabak – Drogen?

nein

Ja, und zwar (Substanz? Wie oft?):

An wie vielen Tagen pro Woche treiben Sie Sport?

Ich treibe keinen Sport

An

Tagen, und zwar:

Familienanamnese

In welchem Land wurden Ihre Eltern geboren? Mutter:

Vater:

Gab bzw. gibt es in Ihrer Familie Menschen mit chronischen oder angeborenen Erkrankungen? Bitte beziehen Sie hierbei auch schon verstorbene Familienmitglieder ein. Bitte geben Sie auch an, ob die jeweilige Erkrankung sicher ärztlich diagnostiziert wurde oder ob es nur einen Verdacht gab.

Wer?	Beschwerde/ Diagnose	Bei Diagnose: gesichert oder vermutet?

Reiseanamnese

Sind Sie in den vergangenen Jahren verreist? Insbesondere (Fern-)Reisen mit zeitlichem Zusammenhang zum Beginn Ihrer Erkrankung sind hierbei relevant. Bitte geben Sie folgende Informationen an: Reiseziel, Reisezeitraum und Besonderheiten (Erkrankung während der Reise, enger Kontakt zu Einheimischen, einfache Reisebedingungen)

Psychosomatische Anamnese

Oft gibt es einen engen Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und dem seelischen Befinden.

Daher bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrer allgemeinen und seelischen Verfassung, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrif.

Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.
Meistens	Ja, natürlich
Oft	Gewöhnlich schon
Von Zeit zu Zeit/gelegentlich	Nicht oft
Überhaupt nicht	Überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.
Meistens	Fast immer
Nicht ganz so sehr	Sehr oft
Nur noch ein wenig	Manchmal
kaum oder gar nicht	Überhaupt nicht
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.
Ja, sehr stark	Überhaupt nicht
Ja, aber nicht allzu stark	Gelegentlich
Etwas, aber es macht mir keine Sorgen	Ziemlich oft
Überhaupt nicht	Sehr oft
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.
Ja, so viel wie immer	Ja, stimmt genau
Nicht mehr ganz so viel	Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
Inzwischen viel weniger	Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
Überhaupt nicht	Ich kümmere mich so viel darum wie immer
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.
Einen Großteil der Zeit	Ja, tatsächlich sehr
Verhältnismäßig oft	Ziemlich
Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	Nicht sehr
Nur gelegentlich/nie	Überhaupt nicht
Ich fühle mich glücklich.	Ich blicke mit Freude in die Zukunft.
Überhaupt nicht	Ja, sehr
Selten	Eher weniger als früher
Manchmal	Viel weniger als früher
Meistens	Kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

Ja, tatsächlich sehr oft

Ziemlich oft

Nicht sehr oft

Überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch,
einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.

Oft

Manchmal

Eher selten

Sehr selten

Gibt es derzeit oder gab es in der Vergangenheit schwere
Belastungssituationen für Sie?
(Zum Beispiel im Beruf oder in der Familie)

Waren Sie schon einmal in psychiatrischer/psychotherapeutischer/psychosomatischer Behandlung?

Falls ja, warum und wann?

Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt bzw. sonstigen Vor- und Weiterbehandlern

(Nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2 a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Hiermit ermächtige ich,
wohnhaft in

(Vorname + Name), geboren am,

das Universitätsklinikum Köln,

die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meine Hausärztin/meinem Hausarzt** zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung zu übermitteln. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und der Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meiner Hausärztin/meinem Hausarzt.

die bei meiner Hausärztin/meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anzufordern. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben **aus der zentralen Dokumentation der Hausärztin/des Hausarztes** zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen einweisende/n/überweisende/n Ärztin/Arzt und gegebenenfalls an weitere sonstige **Vor- und Weiterbehandelnde** weiterzuleiten oder Behandlungsdaten und Befunden dort anzufordern, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sofern sie keine oder teilweise keine Einwilligung erteilen entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Fall des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Hausärztin/dem Hausarzt bzw. sonstigen Vor- und Weiterbehandelnden und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt recht mäßig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bestätigung der allgemeinen Vertragsbedingungen, der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie des Versicherungsstatus

Ich beantrage für mich selbst die Aufnahme im Universitätsklinikum Köln zur ambulanten Behandlung zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Uniklinikums Köln in der jeweilige gültigen Fassung niedergelegten Bedingungen, die ich mit meiner Unterschrift anerkenne. Die AVB und die Patienteninformation zur EU-Datenschutz-Grundverordnung konnte ich zur Kenntnis nehmen. Eine Ausfertigung dieser Unterlagen wird mir auf Wunsch ausgehändigt.

Ich bestätige, dass die von mir angegebenen persönlichen Daten und Versicherten Daten korrekt sind und eine Mitgliedschaft mit entsprechendem Leistungsanspruch bei dem von mir angegebenen Kostenträger uneingeschränkt besteht. Sollte dies nicht der Fall sein, verpflichte ich mich unwiderruflich, die durch die Behandlung entstehenden Kosten als Selbstzahler nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu übernehmen.

Ja, ich bin einverstanden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Einverständnis Videosprechstunde

Ärztliche Anamnese- und Beratungsgespräche des Zentrums für Seltene Erkrankungen finden in der Regel per Videosprechstunde über das Portal arztkonsultation.de statt. Zu Beginn des Gesprächs müssen einmalig Identität und Versicherungsstatus durch Vorzeigen der Versichertenkarte nachgewiesen werden. Ein Mitschnitt des Gesprächs ist nicht gestattet.

Ich erkläre mich einverstanden, dass für die Planung und Durchführung der Videosprechstunde meine oben genannte E-Mail-Adresse verwendet werden darf.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Abschluss

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit einer Überweisung an:

Zentrum für Seltene Erkrankungen
Uniklinik Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln
cesek@uk-koeln.de

Bitte beachten Sie, dass wir aufgrund der Vielzahl der derzeit bearbeiteten Fälle nicht sofort auf Ihre Anfrage antworten können und es zu einer längeren Wartezeit kommen kann. Bitte sehen Sie daher von nachfragenden Anrufen ab.