

Alfried Krupp Krankenhaus

Alfried Krupp Krankenhaus Rüttenscheid · 45131 Essen

Klinik für Neurologie
Neuroimmunologie
Klinische Neurophysiologie
Stroke Unit

Prof. Dr. med. Roland Veltkamp
Chefarzt

Alfried Krupp Krankenhaus
Rüttenscheid
Alfried-Krupp-Straße 21
45131 Essen

Telefon 0201 434-2528
Telefax 0201434-2377
neurologie@
krupp-krankenhaus.de

Neurologische Privatambulanz
Telefon 0201 434-2913
neurologie@
krupp-krankenhaus.de

Belegungsmanagement
Telefon 0201 434-41430
termine-neurologie@
krupp-krankenhaus.de

Oberarzt- und
prästationäre Ambulanz
Telefon 0201 434-41435
termine-neurologie@
krupp-krankenhaus.de

Multiple Sklerose-Ambulanz
Prof. Dr. med. Markus Krämer
Telefon 0201 434-41437
ms-ambulanz@
krupp-krankenhaus.de

ALS-Ambulanz
Dr. med. Torsten Grehl
Telefon 0201 434-41529

Ultraschall-Ambulanz
Prof. Dr. med. Ralph Weber
Telefon 0201 434-2258

Kipptisch-Ambulanz
Prof. Dr. rer. nat. Rolf Diehl
Telefon 0201 434-41434

Ambulanz für Bewegungs-
störungen und Botulinumtoxin
Priv.-Doz. Dr. med.
Andrea Jaspert-Grehl
Telefon 0201 434-2201

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben erstmalig einen Vorstellungstermin in unserer Multiple Sklerose-Ambulanz vereinbart.

Ihr Termin ist am: _____ um _____ Uhr.

Um den Ablauf bei Ihrem Termin möglichst effektiv und übersichtlich zu gestalten, ist eine Vorbereitung der Ärzte auf Ihren Termin notwendig.

Aus diesem Grund haben wir einen **Anamnesebogen zur Erstvorstellung** vorbereitet, der die wichtigsten Eckdaten zu Ihrer Krankengeschichte erfassen soll.

Wir bitten Sie, den Bogen **vor** Ihrem Vorstellungstermin auszufüllen und zusammen mit Ihren **Vorberichten** und **MRT-CDs** per Post oder Mail **vorab** an uns zu senden oder **vorher** persönlich vorbeizubringen.

Postanschrift: MS-Ambulanz
Alfried-Krupp-Straße 21
45131 Essen

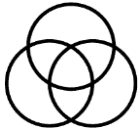
E-Mail-Adresse: ms-ambulanz@krupp-krankenhaus.de

Bitte bringen Sie zum Vorstellungstermin einen Überweisungsschein für die **Multiple Sklerose-Ambulanz** mit Auftrag „Behandlung nach § 116 b“ sowie Ihren Impfpass mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir freuen uns darauf, Sie bald persönlich kennenzulernen.

Ihr Team der Multiple Sklerose-Ambulanz



Anamnesebogen zur Erstvorstellung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Bitte beantworten Sie die Fragen soweit wie Ihnen möglich. Vielen Dank.

A. Diagnose

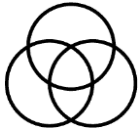
Wurde bei Ihnen bereits eine Multiple Sklerose diagnostiziert?

- Nein
 - Ja
 - Falls ja, wann und wo?
- _____

Was war Ihr erstes typisches Symptom und wann ist es aufgetreten?

- Sehstörungen
- Doppelbilder, Hörminderung, Gefühlstörungen im Gesicht, Gesichtslähmung, Sprachstörung, Schluckstörung
- Motorische Störungen (Schwäche, Lähmungen)
- Kleinhirnstörungen (Koordinations- oder Feinmotorikstörungen, Tremor, Ataxie)
- Sensibilitätsstörungen (Missempfindungen, Gefühlstörungen)
- Blasenfunktionsstörungen
- Darmfunktionsstörungen
- Sexuelle Störungen
- Depression, Euphorie, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen,
- Erschöpfung

Erstmalig aufgetreten am: _____



Krankheitsvorgeschichte

Hatten Sie in der Vergangenheit Schübe? Wenn ja, wann und welche Symptome?
Wurde Kortison verabreicht oder haben Sie eine Blutaustauschwäsche (Plasmapherese) erhalten?

Antwort:

B. Sozialanamnese, Familienanamnese und Hilfsmittelanamnese

Familiäre Situation

- Lebensgemeinschaft Alleinlebend

Haben Sie Kinder?

- Nein
 Ja Anzahl: _____

Besteht Kinderwunsch?

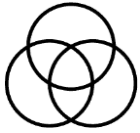
- Nein Ja

Sind andere Familienmitglieder an einer MS erkrankt?

- Nein
 Ja _____
Wer?

Sind sie aktuell berufstätig?

- Nein
 Ja _____
Beruf



Haben Sie einen Pflegegrad oder Grad der Behinderung?

- Nein
 Ja Grad: _____

Sind Sie berentet?

- Nein
 Ja seit: _____

Verwenden Sie Hilfsmittel?

- Gehstock/Rollator
 Rollstuhl
 Fußheberschiene
 Urinkondom oder Selbstkatheterisierung
 Dauerkatheter

Bekommen Sie regelmäßige Therapien wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Reha Sport, Logopädie?

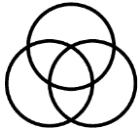
- Nein
 Ja Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- Nein
 Ja, welche

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

- Nein
 Ja ____ Zigaretten pro Tag



Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Nein
- Gelegentlich
- Ja

Nehmen Sie Drogen?

- Nein
- Ja

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (bitte zum Termin einen aktuellen Medikamentenplan mitbringen)?

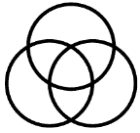
C. Aktuelle Symptome

Wie weit können Sie maximal am Stück ohne Pause laufen?

- 1,5 km
- < 1 km
- _____ Meter
- Laufen nicht möglich

Welche der folgenden Symptome belastet Sie aktuell?

- Sehstörungen, Doppelbilder
- Lähmungen
- Koordinations- oder Feinmotorikstörungen
- Gangstörungen
- Spastik
- Gefühlstörungen
- Schmerzen
- Probleme mit Blase oder Darm
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Erschöpfung



Anmerkungen / Freitext

Datenschutzbestimmung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Klinik zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Klinik mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Mitbehandlung anfordern sowie an andere Ärzte und Leistungserbringer zum Zwecke der Mitbehandlung weitergeben darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per E-Mail oder Brief an die Klinik widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DGSVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DGSVO).

Datum

Unterschrift