



TRANSLATE  
NAMSE

**Fragebogen Erwachsene**

**Allgemeine Patientendaten:**

Name, Vorname		
Geburtsdatum (T/M/J)		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Adresse		
Telefon		
E-Mail		
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich Kasse:	<input type="checkbox"/> privat
Beruf		
Familienstand/Kinder		
Nationalität		
Gewicht		
Körpergröße		
Name, Adresse und Telefonnummer des behandelnden Haus- oder Facharztes		

<b>Wann waren Sie zuletzt, insbesondere vor Erkrankungsbeginn, im Ausland und wo?</b>

<b>In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten?</b>	
<input type="checkbox"/> Ich bin selbst der Patient	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht der Patient, sondern:

<b>Was ist der Hauptgrund der Kontaktaufnahme mit dem ZSE (Mehrfachantworten möglich)?</b>	
<input type="checkbox"/> Diagnosestellung	<input type="checkbox"/> Expertenmeinung
<input type="checkbox"/> Informationen	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung
Anderer Grund:	

**Bitte formulieren Sie Ihr genaues Anliegen:**

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

Ja, und zwar:  Nein

**Krankheitsverlauf**

**Frage 1: In welchem Alter haben die Beschwerden angefangen?**

Seit der Geburt  Seit der Kindheit

Beschwerden ab

**Welche Organsysteme sind betroffen?**

<input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Galle	<input type="checkbox"/> Blutbildung
<input type="checkbox"/> Nerven	<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Hormone
<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Kreislauf	<input type="checkbox"/> Pankreas	<input type="checkbox"/> Haut
<input type="checkbox"/> Ohren	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Knochen
<input type="checkbox"/> Zähne	<input type="checkbox"/> Verdauungssystem	<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> Muskeln
<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Immunsystem	<input type="checkbox"/> Gelenke
<input type="checkbox"/> Andere:			

**Frage 2 Bitte geben Sie Ihre aktuellen Hauptbeschwerden und deren Intensität (von 1-10) an (1= kaum/wenig vorhanden, 10= maximal vorhanden):**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

**Frage 3 Mit welchen Symptomen begann die Erkrankung?**

**Frage 4** Gibt es weitere Beschwerden?

--

**Frage 5** Wurden für Ihre aktuellen Beschwerden bereits Diagnosen gestellt?

<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nur Verdachtsdiagnosen und zwar	
Wer hat diese Diagnosen/Verdachtsdiagnosen gestellt:	

**Frage 6** Bestehen Zweifel an dieser Diagnose?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durch wen wurden diese Zweifel geäußert und warum?	

**Frage 7** Traten in Ihrer Familie/Blutsverwandten ähnliche Beschwerden auf?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Keine Aussage möglich		
<b>Wenn ja, bei wem?</b>		
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Kinder
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Urgroßeltern	<input type="checkbox"/> Andere:

**Frage 8** Bitte geben Sie die Beschwerden und (vorhandenen) Diagnosen je betroffenem Familienmitglied an:

--

**Frage 9** Traten bei Ihrer Familie/Blutsverwandten andere Erkrankungen gehäuft auf oder sind genetische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:         | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Keine Aussage möglich |                               |

**Frage 10** Wann waren Sie wegen Ihrer Beschwerden zum ersten Mal in ärztlicher Behandlung? Und bei wem?

--

**Frage 11** Wo sind Sie bereits vorstellig geworden?

<input type="checkbox"/> Allergologe	<input type="checkbox"/> Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/> Angiologe	<input type="checkbox"/> Anästhesist
<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> Chiropraktiker	<input type="checkbox"/> Chirurg	<input type="checkbox"/> Diabetologe
<input type="checkbox"/> Dermatologe	<input type="checkbox"/> Endokrinologe	<input type="checkbox"/> Gastroenterologe	<input type="checkbox"/> Frauenarzt
<input type="checkbox"/> Hämatologe	<input type="checkbox"/> HNO-Arzt	<input type="checkbox"/> Homöopath	<input type="checkbox"/> Humangenetiker
<input type="checkbox"/> Immunologe	<input type="checkbox"/> Internist	<input type="checkbox"/> Kardiologe	<input type="checkbox"/> Kinderarzt
<input type="checkbox"/> Lungenfacharzt	<input type="checkbox"/> Nierenfacharzt	<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="checkbox"/> Neurochirurg
<input type="checkbox"/> Onkologe	<input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="checkbox"/> Pathologe	<input type="checkbox"/> Psychiater
<input type="checkbox"/> Psychologe	<input type="checkbox"/> Psychosomatiker	<input type="checkbox"/> Rheumatologe	<input type="checkbox"/> Radiologe
<input type="checkbox"/> Umweltmediziner	<input type="checkbox"/> Urologe	<input type="checkbox"/> Venenfacharzt	<input type="checkbox"/> Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Tropenmediziner	<input type="checkbox"/> Andere:		

**Frage 12** Haben Sie Haustieren?

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|-------------------------------|

**Frage 13** Bestehen besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. fleischlose Ernährung, vegane Ernährung etc.)?

--

**Frage 14** Haben Sie sonstigen Erkrankungen und wenn ja, welche?

	Name der Erkrankung
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Kreislauf- Gefäßerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Lungen- und Atemwegserkrankungen	
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	
<input type="checkbox"/> Nieren- und Harnwegserkrankungen	
<input type="checkbox"/> Krankheiten des Verdauungstraktes	
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Nervenleiden	
<input type="checkbox"/> Gemütsleiden	
<input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten	
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Skelettsystems	
<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Befinden sich körperfremde Gegenstände an oder in Ihrem Körper (Piercings, Prothesen, Schrittmacher etc)? Wenn ja, was und wo?

ja  nein

**Frage 15** Welche Operationen haben Sie bisher durchführen lassen und zu welchem Zeitpunkt?

--

**Frage 16 Bitte kreuzen Sie an, ob die folgenden Symptome oder Ereignisse bei Ihnen vorliegen:**

Gelenksteifigkeit am Morgen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	Minuten lang
Zeckenstich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar im Jahr	<input type="checkbox"/> mit Hautausschlag <input type="checkbox"/> mit Antibiotika
Nachtruhe ist durch Schmerzen gestört	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> auch nachts
Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in ein Bein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in einen Arm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Schmerzhafes Weiß-, anschließendes Blauwerden der Finger bei Kälte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Entzündung oder Rötung der Augen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Trockenheit der Augen/Schleimhäute (auch Mund, Genitalbereich)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Andere Veränderungen an Haut und Schleimhäuten (auch Mund, Genitalbereich)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Durchfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, blutig	<input type="checkbox"/> ja, nicht blutig
Chron. entzündliche Darmerkrankung bei Ihnen oder in der Familie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Luftnot beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar nach	Etagen
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Tuberkulose bei Ihnen oder in der Familie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar seit	(Jahr)
Rheumatische Erkrankungen in der Familie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	

**Frage 17** Bitte kreuzen Sie an, ob die folgenden Symptome oder Ereignisse bei Ihnen vorliegen:

	Wenn ja, (seit) wann?
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	
<input type="checkbox"/> Knochenentzündung	
<input type="checkbox"/> Blutvergiftung	
<input type="checkbox"/> Chronische Virusinfektionen	
<input type="checkbox"/> Chronische Haut- oder Genitalwarzen	
<input type="checkbox"/> Chronische Pilzinfektionen	
<input type="checkbox"/> Chronische Lymphknotenschwellung	
<input type="checkbox"/> Vergrößerte Milz	

**Frage 18** Welche Medikamente (incl. Nahrungsergänzungsmittel) nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung ein und seit wann?

Medikament / Nahrungsergänzungsmittel	Dosierung

**Frage 19** Umgang mit körperlichen Beschwerden

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen, dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beein-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



trächtigt zu bleiben.					
Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 20** Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?

Ja  Nein

**Frage 21** Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 22** Wie stark fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freund/Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher, oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 23** Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, versagt zu haben oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsam, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos dass Sie dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang hatten als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 24** Nehmen Sie oder haben Sie jemals Medikamente gegen Angst, Depression oder Stress genommen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche?	

Vielen Dank