

# Elektive Anmeldung für die Neuroimmunologische Ambulanz

Um die Ambulanzplanung bestmöglich gestalten zu können, bitten wir Sie als **anmeldenden Neurologen** um einige Basisangaben.

Organisatorisches

Datum der Anmeldung: .....

**Patient:** Name: ..... geb. .... Tel.: .....

**Anmeldender Neurologe** (Name, Stadt): ..... Tel.: .....

**Anmeldung durch:**

- Vorstellung und Termin laut Empfehlung der *Neuroimmunologischen Ambulanz*  
(dann keine weiteren Angaben nötig)
- UKT, nicht Neuroimmunologische Ambulanz: .....
- niedergelassener Neurologe mit schriftl. Anmeldung
- Patient (sollte Ausnahme sein – immer anzukreuzen, wenn keine *schriftl. ärztl.* Anmeldung vorliegt)

Handelt es sich um einen **Notfall**?     nein     ja

*Bei einem Notfall muss der Patient je nach Dringlichkeit entweder in die Nothilfe kommen (z.B. akuter Schub einer MS) oder bei spezifischer Fragestellung eine telefonische Kontaktaufnahme mit der Neuroimmunologie erfolgen.*

Fragestellung, klinisches Problem:

**Zweitmeinung bzgl. Diagnosestellung:**  ja

**Beratung / Beginn / Umstellung der Immuntherapie, weil** (Mehrfachnennung möglich):

- neue/floride Läsion     klinischer Schub     Progredienz     Med-NW
- Therapie-Ein-/Umstellung auf ....., weil: .....
- ist angedacht, Pat. benötigt aber *vorher noch ambulante Beratung*
- Direkter Termin für Therapie - Patient ist bereits über Medikament und Alternativen aufgeklärt und ist einverstanden. Sämtliche nötigen und vom KKNMS empfohlenen Voruntersuchungen liegen vor, keine Kontraindikationen. Sämtliche Impfungen (inkl. z.B. Pneumokokken für Ocrelizumab) sind aktuell (hierfür bitte aktuellen Arztbrief mitschicken).  
*Bei Fragen hierzu gerne jederzeit tel. RS durch den behandelnden Neurologen.*

**Raum für Details zur Fragestellung:**

.....  
.....  
.....

Hauptdiagnose

- RIS, CIS, **MS**    Verlaufsform:     PPMS     initial schubförmiger Verlauf der MS
- Neuromyelitis-Optica-Spektrumserkrankung (**NMOSD**, „Devic-Syndrom“)
- bekannte **anti-MOG**-positive Erkrankung
- andere *definierte* entzündliche ZNS-Erkrankung: .....
- entzündliche ZNS-Erkrankung, noch *nicht* weiter eingeordnet

*Bitte wenden!*

Datum **Erstmanifestation**: ..... Datum **Erstdiagnose**: ..... in .....

Werden **Hilfsmittel zum Gehen** benötigt?  nein  ja  auch mit Hilfsmittel Gehen nicht möglich

Datum **letztes MRT**: Datum: ..... :  stabil  neue Läsionen, nicht floride  KM+ Läsion(en)

### Nebendiagnosen und sonstiges

*Insb. neurologische, rheumatologische, erregerbedingte, Organ-, Stoffwechsel- und familiäre Erkrankungen*

.....  
.....  
.....

### Therapie

**Letzte Steroid-Puls-Therapie**: .....  > 3 Monate zurückliegend

**Aktuelle immunologische Therapie**:  bislang keine

seit	Medikament

### Terminplanung (wird von der Neuroimmunologie ausgefüllt)

Termin in der **Neuroimmunologischen Ambulanz** innerhalb von ..... Wochen.

**Stationäre** Aufnahme innerhalb von ..... Wochen

*In beiden Fällen: Pat. Soll bitte mitbringen:*

- *ausgefüllte **Checkliste***
- *alle relevanten **externen Arztbriefe, Befunde etc. in Kopie***
- *für externe Bildgebung (z.B. MRT) **schriftlichen Befund und CD***
- ***Impfpass***

Folgende **Untersuchungen vor Vorstellung/Aufnahme** könnten hilfreich sein (wir ordnen hiermit keine Untersuchungen an):

**keine Indikation/Fragestellung erkennbar.**

Ggf. Alternativvorschlag:

Aufgrund der Vielzahl von Anmeldungen sind wir leider gezwungen, Terminwünsche zeitlich zu priorisieren anhand der uns ersichtlichen Dringlichkeit und sinnvoller Zeitpunkte z.B. für Verlaufskontrollen, was nicht immer ganz einfach ist. Dieses Formular soll bei dieser Planung helfen. Sollte die/der anmeldende Ärztin/Arzt eine andere zeitliche Planung als den angebotenen Termin für wichtig halten, oder sollte für uns keine Indikation/Fragestellung erkennbar gewesen sein, darf sie/er uns gerne jederzeit anrufen, um Fragestellung und Dringlichkeit zu besprechen:

OA ..... (über Pforte, Tel. 07071 / 29-0)