



Medizinische Fakultät
Abteilung Neurologie mit Schwerpunkt
Vaskuläre Erkrankungen
Prof. Dr. Ulf Ziemann (Ärztl. Direktor)

Neuroimmunologische Ambulanz
PD Dr. Markus Krumbholz
PD Dr. Markus Kowarik

Anmeldung: 07071 29-82051

Tübingen, 13.09.2020

Checkliste: Vorbereitung für Besuch in der Neuroimmunologischen Ambulanz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben möglicherweise längere Zeit auf Ihren Termin in unserer Neuroimmunologischen Spezialambulanz warten müssen und dieser Termin ist möglicherweise mit einer längeren Anreise für Sie verbunden. Da wäre es schade, wenn bei diesem Termin wesentliche Unterlagen fehlen und somit die Diagnostik und Beratung nicht optimal verlaufen oder die Therapie nur sehr verzögert eingeleitet werden kann.

Daher bitten wir Sie, folgende Unterlagen vorzubereiten und mitzubringen:

- Alle **neurologischen Vorbefunde in Kopie** zum Verbleib in unserer Klinik (insb. Arztbriefe, MRT-Befunde). Idealerweise gehört hier auch ein *aktueller Arztbrief* dazu, der den *bisherigen Verlauf* incl. Der bisherigen Diagnostik *zusammenfasst*.
- Vorhandene **Bildgebungen** (insb. MRT, „Kernspin“) von Kopf und Rückenmark **auf CD**, jeweils **mit Befund** in Kopie zum Verbleib in unserer Klinik (die CD bekommen Sie nach dem Einlesen zurück)
- Impfpass**
- Liste **aller bisher eingenommenen spezifischen** Medikamente für ihre neuroimmunologische Erkrankung incl. Dauer, Dosis, Grund des Therapieendes (*siehe Folgeseite*)
- Liste aller weiteren **aktuell eingenommenen** Medikamente (*siehe Folgeseite*)
- Angaben zum **Verlauf** Ihrer Erkrankung (*siehe Folgeseite*)
- Überweisungsschein

Wir danken im Voraus für diese optimale Vorbereitung und freuen uns auf Ihren Ambulanz-Besuch!

Name:

Alle bisher und aktuell eingenommenen spezifischen Medikamente
für Ihre neuroimmunologische Erkrankung (incl. Schubprophylaxe, symptomat. Th.)
(insb. alle immunmodulatorischen/immunsuppressiven und ggf. symptomatischen Therapien)

Medikament	Dosis, Häufigkeit	von (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	ggf. Grund für Absetzen (Nebenwirkung, Schub, ...)

Liste aller weiteren derzeit eingenommenen Medikamente (z.B. für Blutdruck etc.)

Medikament	Dosis	seit

Angaben zum Verlauf Ihrer Erkrankung

Erstmanifestation: wann haben Sie rückblickend *erstmal*s Beschwerden Ihrer Erkrankung verspürt? Datum:

Diagnosestellung: Datum: bei/in (Neurologe / Klinikum):

- es gab eine Liquoruntersuchung es gab eine MRT-Untersuchung

Wenn es klar abgrenzbare **Erkrankungsschübe** gab, listen Sie diese bitte hier auf:

Beginn (Monat/Jahr)	Beschwerden	MRT erfolgt (ja/nein)	Behandlung („Cortison“, Plasmapherese)	Besserung (nein / wenig / gut / vollständig)