



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		

Wann waren Sie zuletzt, insbesondere vor Erkrankungsbeginn, im Ausland und wo?

In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten?

<input type="checkbox"/> Ich bin selbst der Patient	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht der Patient, sondern:
---	--

Was ist der Hauptgrund der Kontaktaufnahme mit dem EZSE (Mehrfachantworten möglich)?

<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?

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

Krankheitsverlauf

Frage 1: In welchem Alter haben die Beschwerden angefangen?

<input type="checkbox"/> Seit der Geburt	<input type="checkbox"/> Seit der Kindheit
<input type="checkbox"/> 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?

Ja, und zwar:

Nein

Nur Verdachtsdiagnosen und zwar

Wer hat diese Diagnosen/Verdachtsdiagnosen gestellt:

Frage 6 Bestehen Zweifel an dieser Diagnose?

Ja

Nein

Durch wen wurden diese Zweifel geäußert und warum?



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

Ja

Nein

Keine Aussage möglich

Wenn ja, bei wem?

Eltern

Geschwister

Kinder

Großeltern

Urgroßeltern

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?

Ja, und zwar:

Nein

Keine Aussage möglich

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



Frage 14 Haben Sie sonstige 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	

Frage 15 Befinden sich körperfremde Gegenstände an oder in Ihrem Körper (Piercings, Prothesen, Schrittmacher etc)? Wenn ja, was und wo?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Frage 16 Welche Operationen haben Sie bisher durchführen lassen und zu welchem Zeitpunkt?

--



Frage 17 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 seit (Jahr)	



Frage 20 Umgang mit körperlichen Beschwerden

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

Frage 21 Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?

Ja Nein



Frage 22 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 23 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 24 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 Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, 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 25 Nehmen Sie oder haben Sie jemals Medikamente gegen Angst, Depression oder Stress genommen?

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