



Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

BASE-Netz

BASE-Netz ist ein Zusammenschluss der Zentren für seltene Erkrankungen der bayerischen Unikliniken in Würzburg, Regensburg, Erlangen und München.

Aufnahmeformular (F2)

! Datenverarbeitung Allgemein

Hiermit bestätige ich, die relevanten Unterlagen zur Behandlung (BASE-Netz Einwilligungsunterlagen unter <https://www.base-netz.de/unterlagen/>) gelesen und verstanden zu haben, und werde diese unterschrieben per Post an das behandelnde Zentrum für seltene Erkrankungen senden.

- Ja
 Nein

! Datenverarbeitung für Forschungszwecke

Hiermit bestätige ich, die Patienteninformationen für Forschungszwecke gelesen und verstanden zu haben. Ich stimme der Datenverarbeitung für Forschungszwecke im Rahmen von BASE-Netz zu.

- Ja
 Nein

1 Weiterführende Patientendaten

1.1 Familienstand

- ledig
 verheiratet
 geschieden
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft

1.2 Anzahl Ihrer Kinder

1.3 Sprechen Sie deutsch?

- keine Angabe
 Ja
 Nein, ich spreche folgende Sprache:

! Hinweis

Sollte Ihnen der Platz bei einzelnen Fragen nicht ausreichen, dann nutzen Sie gerne den Extraplatz am Ende des Fragebogens.

[Bitte geben Sie hier immer die Nummer der Frage an, zu der Sie Ergänzungen machen möchten!]





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

1.4 Körpergewicht (in kg)

1.5 Körpergröße (in cm)

1.6 Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

keine Angabe

Nein

Ja, folgende Erwerbstätigkeit trifft auf mich zu:

in Ausbildung/Schüler

auf 450€ Basis

Teilzeit

Vollzeit

Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrentner/in

Altersrentner/in

Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstige Beurlaubung

Selbstständig

derzeit arbeitsunfähig

1.7 Haben Sie Haustiere?

Nein

Ja, ich habe folgende Haustiere:

1.8 Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten? (z. B. fleischlose oder vegane Ernährung)

Nein

Ja, ich habe folgende Ernährungsgewohnheiten:

1.9 Könnten Sie gegebenenfalls selbständig zu uns in die Sprechstunde kommen?

Ja

Nein, da ich auf folgende Hilfe angewiesen bin:





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

2 Bitte formulieren Sie stichpunktartig Ihr genaues Anliegen.

3 Weitere Fragen zum Zentrum für seltene Erkrankungen

3.1 Wie sind Sie auf das Zentrum für seltene Erkrankungen aufmerksam geworden?

[i Mehrfachantworten sind möglich.]

- Arzt/Ärztin
- Internet
- Selbsthilfe/Patientenorganisation
- Familie/Freunde
- Printmedien
- Homepage
- Sonstiges:

3.2 Haben Sie bereits Kontakt zu einem anderen Zentrum für seltene Erkrankungen aufgenommen?

- Nein
- Ja, zu folgendem Zentrum:





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

4 Weitere Fragen zu Ihren Beschwerden/Ihrer Erkrankung

4.1 Traten bei Ihrer Familie/Blutsverwandten ähnliche Beschwerden auf?

- keine Aussagen möglich
- Nein
- Ja**, dann füllen Sie bitte folgende Tabelle aus.

Familienmitglied	Zugehörigkeit	Beschwerden
[Beispiel] <i>Großmutter</i>	<input checked="" type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	Beschwerde 1: <i>Diabetes mellitus Typ 1</i> Beschwerde 2: <i>Rheumatoide Arthritis</i> Beschwerde 3: <i>/</i>
	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	Beschwerde 1: _____ Beschwerde 2: _____ Beschwerde 3: _____
	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	Beschwerde 1: _____ Beschwerde 2: _____ Beschwerde 3: _____
	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	Beschwerde 1: _____ Beschwerde 2: _____ Beschwerde 3: _____
	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	Beschwerde 1: _____ Beschwerde 2: _____ Beschwerde 3: _____





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

4.2 Waren Sie vor Erkrankungsbeginn im Ausland?

Nein

Ja, dann geben Sie bitte an wo und wann Sie im Ausland waren:

Land: _____ Jahr: _____

Land: _____ Jahr: _____

Land: _____ Jahr: _____

Land: _____ Jahr: _____

Land: _____ Jahr: _____

4.3 Welche Organe/Organsysteme sind bei Ihnen betroffen?

[i Mehrfachantworten sind möglich.]

Augen, ab _____ Alter (Jahre).

Bauchspeicheldrüse, ab _____ Alter (Jahre).

Blut- und Immunsystem, ab _____ Alter (Jahre).

Gehirn, ab _____ Alter (Jahre).

Geschlechtsorgane, ab _____ Alter (Jahre).

Hals, Nase und Ohren, ab _____ Alter (Jahre).

Haut, ab _____ Alter (Jahre).

Herz und Gefäße, ab _____ Alter (Jahre).

Hormonsystem, ab _____ Alter (Jahre).

Knochen und Gelenke, ab _____ Alter (Jahre).

Leber und Galle, ab _____ Alter (Jahre).

Lunge, ab _____ Alter (Jahre).

Magen und Darm, ab _____ Alter (Jahre).

Muskeln, ab _____ Alter (Jahre).

Nerven, ab _____ Alter (Jahre).

Nieren, ab _____ Alter (Jahre).

Schilddrüse, ab _____ Alter (Jahre).

Zähne und Kiefer, ab _____ Alter (Jahre).

Sonstige:

Organ: _____ ab _____ Alter (Jahre).

Organ: _____ ab _____ Alter (Jahre).

Organ: _____ ab _____ Alter (Jahre).





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

4.4 An welchen Beschwerden leiden Sie? Wie stark sind diese ausgeprägt (+ = gering; ++ = mäßig; +++ = stark) und seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden?

Beschwerde	Ausprägung	ab Alter (Jahre)
<hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
<hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
<hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	

4.5 Wenn Sie möchten, können Sie uns hier den Verlauf Ihrer Beschwerden kurz in eigenen Worten beschreiben.





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

4.6 Wurden für die aktuellen Beschwerden bereits Diagnosen gestellt?

- Nein (weiter mit Frage 4.8)
 Ja, folgende Diagnosen:

4.7 Besteht aus Ihrer Sicht (Patientensicht) Zweifel an den bereits gestellten Diagnosen?

- Nein
 Ja

4.8 Unabhängig von den Hauptbeschwerden, gibt es weitere Diagnosen/ Vorerkrankungen?

- Nein
 Ja, folgende Diagnosen/Vorerkrankungen:

4.9 Welche weiteren Ärzte waren bei der Aufklärung der aktuellen Beschwerden bereits beteiligt?

[i Mehrfachantworten sind möglich.]

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergologe | <input type="checkbox"/> Hämatologe | <input type="checkbox"/> Onkologe |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner | <input type="checkbox"/> Hautarzt | <input type="checkbox"/> Orthopäde |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Homöopath | <input type="checkbox"/> Pathologe |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker | <input type="checkbox"/> Humangenetiker | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Immunologe | <input type="checkbox"/> Psychologe |
| <input type="checkbox"/> Diabetologe | <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Psychosomatiker |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologe | <input type="checkbox"/> Kardiologe | <input type="checkbox"/> Radiologe/Nuklearmediziner |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Rheumatologe |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologe | <input type="checkbox"/> Lungenarzt | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut |
| <input type="checkbox"/> Gefäßarzt | <input type="checkbox"/> Neurochirurg | <input type="checkbox"/> Umweltmediziner |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenarzt | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Urologe |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="checkbox"/> Nierenarzt | <input type="checkbox"/> Zahnarzt |





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

4.10 Welche Untersuchungen wurden zu den aktuellen Beschwerden bereits durchgeführt?

[i Mehrfachantworten sind möglich.]

- Allergietest, im Jahr _____.
- Arthroskopie/Gelenkspiegelung, im Jahr _____.
- Belastungs-EKG, im Jahr _____.
- Biopsie/Gewebeentnahme, im Jahr _____.
- Blutuntersuchung, im Jahr _____.
- Bronchoskopie/Lungenspiegelung, im Jahr _____.
- Computertomographie - CT/PT, im Jahr _____.
- Einfaches Elektrokardiogramm (EKG), im Jahr _____.
- Elektroenzephalographie (EEG) – Messung der elektrischen Aktivität des Gehirns, im Jahr _____.
- Elektromyographie (EMG) - Messung der Muskelaktivität, im Jahr _____.
- Elektroneurografie (ENG) - Messung der Nervenleitgeschwindigkeit, im Jahr _____.
- Entwicklungsdiagnostik, im Jahr _____.
- Gastroskopie/Magenspiegelung, im Jahr _____.
- Genetische Untersuchung, im Jahr _____.
- Hormonuntersuchung, im Jahr _____.
- Hörtest, im Jahr _____.
- Koloskopie/Darmspiegelung, im Jahr _____.
- Langzeit-EKG, im Jahr _____.
- Lungenfunktionstest, im Jahr _____.
- Liquorentnahme (Entnahme von Nervenwasser aus dem Wirbelkanal), im Jahr _____.
- Magnetresonanztomographie (MRT), im Jahr _____.
- Ophthalmoskopie/Augenspiegelung, im Jahr _____.
- Röntgenuntersuchung, im Jahr _____.
- Szintigraphie (Bildgebende Darstellung der Organfunktion), im Jahr _____.
- Sonographie/Ultraschall, im Jahr _____.
- Tonometrie/Augeninnendruckmessung, im Jahr _____.
- Andere nicht genannte Untersuchungen:
- Untersuchung: _____ im Jahr _____.
- Untersuchung: _____ im Jahr _____.
- Untersuchung: _____ im Jahr _____.
- Untersuchung: _____ im Jahr _____.





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

4.11 Sind stationäre Aufenthalte/Vorstellungen an anderen Kliniken geplant?

Nein

Ja, in folgenden Kliniken und Fachbereichen:

Klinik: _____ Fachbereich: _____

Klinik: _____ Fachbereich: _____

Klinik: _____ Fachbereich: _____

4.12 Waren Sie aufgrund der aktuellen Beschwerden schon einmal in unserer Klinik?

Nein

Ja, in folgenden Fachbereichen:

Fachbereich: _____

Fachbereich: _____

Fachbereich: _____

4.13 Wann (Monat/Jahr) haben Sie zum ersten Mal, zur Aufklärung der aktuellen Beschwerden, andere Einrichtungen (Hausarzt, Facharzt, regionales Krankenhaus, Universitätsklinik) aufgesucht?

Einrichtung: _____ Monat: _____

_____ Jahr: _____

Einrichtung: _____ Monat: _____

_____ Jahr: _____

Einrichtung: _____ Monat: _____

_____ Jahr: _____

Einrichtung: _____ Monat: _____

_____ Jahr: _____





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

4.14 Bitte geben Sie an, wenn folgende Symptome oder Ereignisse für Sie zutreffen.

[i Mehrfachantworten sind möglich.]

- Gelenksteifigkeit am Morgen
- Nachtruhe ist durch Schmerzen gestört
- Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in ein Bein
- Entzündung/Rötung der Augen
- Trockenheit der Augen/Schleimhäute (auch Mund, Genitalbereich)
- Andere Veränderungen an Haut und Schleimhäuten (auch Mund, Genitalbereich)
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Durchfall
- Chronische entzündliche Darmerkrankungen bei Ihnen oder in der Familie
- Osteoporose
- Luftnot beim Treppensteigen
- Schlaganfall
- Tuberkulose bei Ihnen/in der Familie
- Rheumatische Erkrankungen in der Familie

4.15 Können Sie uns medizinische Unterlagen vergangener Behandlungen digital bereitstellen, wenn wir Ihnen eine Möglichkeit zum Hochladen bieten?

- Ja
- Nein

4.16 Nehmen Sie aktuell Medikamente (inkl. Nahrungsergänzungsmittel) ein?

- Nein
- Weiß nicht
- Ja**, dann geben Sie bitte an, welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel Sie aktuell einnehmen und tragen Sie diese Informationen in nachfolgende Tabelle ein. Seit wann nehmen Sie diese ein (Monat / Jahr)? Wie ist Dosis (z.B. 100mg / 50ml)? Wie ist Ihre Einnahme (z.B. Morgen 1 | Mittag 0 | Abend 1,5 | jeden Montag)?

Name Medikament	Seit (MM.JJJJ)	Dosis	Einnahme: Morgen	Einnahme: Mittag	Einnahme: Abend	Einnahme: Nacht	Einnahme: Sonstiges (z.B. jeden Montag)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

Extraplatz für weitere Notizen und Anmerkungen zu den einzelnen Fragen.

Frage Nr.	Anmerkungen
[Beispiel] 4.2	<i>Land: Afrika, im Jahr: 2015</i> <hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/>
	<hr/> <hr/> <hr/>



