

Muskelsprechstunde

Anmeldung + Ansprechpartner

Frau Lupp-Klarfke

Tel.: +49 (0)40 7410-22313

Fax: +49 (0)40 7410-40253

slupp@uke.de

Anmeldung per Post, Fax und E-Mail möglich

Anmeldebogen für die Diagnostik von Patienten mit Muskelerkrankungen

Die Anmeldung von Patienten zur Erstvorstellung erfolgt ausschließlich über diesen ärztlichen Anmeldebogen mit gültigen Überweisungsschein und Befundbericht mit vorangegangener Basisdiagnostik (s.u) **durch einen ambulanten Neurologen**.

Bitte beachten Sie: Befunde können wir von ambulanten Behandlern nicht aktiv anfordern. Diese müssen uns durch den Patienten/ärztlichen Überweiser vollständig zugeschickt werden.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir in unserer Spezialambulanz nur Patienten betreuen, bei denen eine Muskelerkrankung wahrscheinlich ist. Die Einbestellung erfolgt daher auf Grundlage der medizinischen Vorbefunde und nur bei vorhandener Kapazität.

Die Patienten werden nach erfolgter Diagnostik an den behandelnden Neurologen zurück überwiesen. Eine langfristige Anbindung an unsere Sprechstunde erfolgt nur in Ausnahmefällen.

Patientendaten

Name und Anschrift:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Krankenkasse/PKV:	
Zuweisender - Arzt/Ärztin:	
Tel./ E-Mail -Arzt/Ärztin:	

Besteht der Verdacht auf eine Muskelerkrankung? Ja Nein

Verdachtsdiagnose

Leitsymptome

1)	
2)	
3)	

Vorerkrankungen

Diagnostik bereits erfolgt

Befunde sind beizufügen!

Rheumatologie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Neurologie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- EMG/NLG	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- Blutwerte inkl. CK	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- MRT - Muskulatur	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
- Muskelbiopsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kardiologie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Orthopädie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokrinologie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Die Zustimmung des Patienten zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

Datum: _____ Unterschrift u. Stempel Arzt/Ärztin: _____

Myopathien

Klinische Untersuchung:

Neurologische Untersuchung inkl. Kraftgrade der fazialen Muskulatur u. Extremitäten (proximal/distal) (MRC 1-5)

Elektrophysiologie

EMG

ENG (Ausschluss PNP)

Labor:

BE aus ungestauter Vene vor Durchführung EMG (Cave: iatrogene Hyper-CKämie)

BB, Diff.-BB, HbA1c, CK, CK-MB, Myoglobin, Gesamteiweiß, Kreatinin, Harnstoff, GFR, Leberwerte, Troponin T, Ferritin, LDH, Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, Cl⁻, Phosphat, Laktat, BSG, CRP, TSH (ggf. fT3, fT4), ANA