



Informationen zur Vorgehensweise am USE

Sehr geehrte Ratsuchende, sehr geehrter Ratsuchender,

zu Ihrer Information möchten wir Ihnen kurz das Vorgehen am UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen (USE) in Dresden vorstellen.

Das USE bietet **keine Sprechstunde** im herkömmlichen Sinne an, es werden auch keine Behandlungstermine vergeben. Für die Inanspruchnahme des USE benötigen Sie im ersten Schritt eine kurze Stellungnahme Ihres behandelnden **Facharztes** zur Notwendigkeit einer Beurteilung durch uns, einen **Überweisungsschein an das USE**, sowie alle **aussagekräftigen Befunde** zum Beschwerdebild. Weiterhin ist der Patientenfragebogen durch den Patienten selbstständig auszufüllen und zu unterzeichnen.

Patienten, Angehörige und Ärzte, die sich an uns wenden möchten, bitten wir zunächst diese Fragebögen ausfüllen zu lassen. Sie dienen der ersten Einschätzung des Falls. Den Fragebogen können Sie online auf unserer Internetseite herunterladen oder sich nach Kontaktaufnahme mit unserer Koordinatorin, zusenden lassen.

Den Fragebogen finden Sie im Internet unter: <http://www.uniklinikum-dresden.de/use>

Unsere Koordinatorin erreichen Sie

Di. und Do. 9:30-11:30 Uhr sowie 14:00-16:00 Uhr

☎ +49(0)351 458 5608

✉ use-info@uniklinikum-dresden.de

Mit dem Zusenden der Fragebögen und der Befunde erklären Sie sich einverstanden, dass diese von unserem interdisziplinären Ärzteteam eingesehen werden. Wir verwenden Ihre Unterlagen ausschließlich für die Beurteilung im Rahmen Ihrer Anfrage an das USE. Nach Eingang und Sichtung wird entschieden, ob eine Vorstellung in einem bereits bestehenden Kompetenzzentrum (in Dresden oder an einem anderen Standort) für Sie geeignet ist oder ob Ihr Fall zunächst in unserer interdisziplinären Fallkonferenz besprochen werden sollte. In dieser Fallkonferenz beraten Spezialisten mehrerer Fachbereiche das für Sie geeignetste Vorgehen. Über die Ergebnisse dieser Konferenz werden Sie schriftlich informiert. Aufgrund der großen Zahl von Anfragen an das USE bitten wir um Ihre Geduld, wenn die Bearbeitung Ihrer Anfrage einige Zeit in Anspruch nehmen kann.

Einzureichen sind im ersten Schritt:

- **Fragebogen Facharzt**, vollständig ausgefüllt
- **Fragebogen des Patienten**, vollständig ausgefüllt und unterschrieben
- **Überweisungsschein** des Facharztes
- **Kopie aller aussagekräftigen Befunde** (Arztbriefe, Laborwerte, genetische Befunde)
- ggf. **aussagekräftiges Fotomaterial** zu äußerlich sichtbaren Veränderungen der Haut/Haare/Schleimhäute/Augen
- ggf. aussagekräftiges Fotomaterial zu Gesicht, Händen, Füßen, Ohren
- Kopie des **Impfausweises**

Wenn Sie mit diesem Vorgehen einverstanden sind, dann schicken Sie Ihre Anfrage bitte an folgende Adresse:

**Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen
z.H. Tanita Kretschmer
Fetscherstraße 74
01307 Dresden**

Bitte benutzen Sie zum Heften Ihrer Dokumente **keine Tackerklammern**. Kopieren Sie Dokumente bitte **einseitig**. Sehen Sie vom Versand zusätzlicher Dokumente ab, da diese nicht bearbeitet werden.

Nach Abschluss der Beurteilung Ihres Falles im USE und Ablauf der Aufbewahrungsfrist werden Ihre eingesendeten Unterlagen datenschutzgerecht vernichtet. Eine Rücksendung erfolgt nicht. Daher reichen Sie bitte **ausschließlich Kopien** der aussagekräftigen Befunde ein.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr USE-Team



Facharzt-Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie oder Ihr/e Patient/in haben sich mit dem USE in Verbindung gesetzt, weil bei ihr/ihm eine seltene Krankheit vermutet wird. Um möglichst zeitnah und sinnvoll helfen zu können, benötigen wir gezielte Angaben zum Patienten, insbesondere eine Begründung zur Notwendigkeit einer *Beurteilung durch ein Zentrum für Seltene Erkrankungen* und nicht etwa durch z.B. eine spezialisierte Hochschulambulanz oder einen Facharzt. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir nur Unterlagen mit einer entsprechenden Erläuterung durch den behandelnden Facharzt bearbeiten können.

Angaben zum Patienten

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

Adresse des Patienten:

Ärztl. Angaben zur Erkrankung

Verdacht auf seltene Erkrankung aus welchem Formenkreis?

Kurze Erläuterung zum Verdacht:

Warum sollte der Patient im Zentrum für Seltene Erkrankungen beurteilt werden und nicht in einer spezialisierten Ambulanz?



Fragebogen zur Krankheitsgeschichte -Erwachsene

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus



Sehr geehrte Ratsuchende, sehr geehrter Ratsuchender,

Sie haben sich mit dem USE in Verbindung gesetzt, weil bei Ihnen eine seltene Krankheit vorliegt oder vermutet wird. Um Ihnen zeitnah und gezielt helfen zu können, benötigen wir möglichst ausführliche und vollständige Angaben zu Ihnen und Ihren Beschwerden. Bitte füllen Sie den Bogen daher vollständig aus und ziehen Sie bei Fragen Ihren Hausarzt hinzu. Wir bitten Sie außerdem **Kopien von allen Befunden und Arztbriefen** beizulegen, welche für Ihr Anliegen relevant sind.

Allgemeine Patientendaten:

Name, Vorname	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzliche Kasse: <input type="checkbox"/> privat
Erwerbstätigkeit/Studium/Lehre etc.	
Krankenstand seit	
höchster Ausbildungsgrad	
Familienstand/Kinder	
Nationalität	
Gewicht in kg	
Körpergröße in cm	
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: Kontaktdaten:

Was ist der Hauptgrund der Kontaktaufnahme mit dem USE (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:

Krankheitsverlauf

Frage 1: In welchem Alter haben die Beschwerden angefangen?

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

erste Beschwerden im Alter von _____ Jahren

Welche Organsysteme sind betroffen?

<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> Kreislauf	<input type="checkbox"/> Nebennieren
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Nerven
<input type="checkbox"/> Blut(bildung)	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Ohren
<input type="checkbox"/> Galle	<input type="checkbox"/> Hormonsystem	<input type="checkbox"/> Milz	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/> Immunsystem	<input type="checkbox"/> Muskeln	<input type="checkbox"/> Verdauungssystem
<input type="checkbox"/> Gelenke	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Zähne
<input type="checkbox"/> Andere:			

Frage 2: Traten folgende Beschwerden bei Ihnen auf:

Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Ja, kg:	<input type="checkbox"/> Nein
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fieberschübe	<input type="checkbox"/> Ja, Intervall:	<input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Frage 3: 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 4: Mit welchen Symptomen begann die Erkrankung?

Gibt es weitere Beschwerden?



Frage 5: Wurden für Ihre aktuellen Beschwerden bereits Diagnosen gestellt?	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nur Verdachtsdiagnosen und zwar: Wer hat diese Diagnosen/Verdachtsdiagnosen gestellt:	

Frage 6: Bestehen Zweifel an dieser Diagnose?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durch wen wurden diese Zweifel geäußert und warum?	

Frage 7: Hat ein betreuender Arzt den konkreten Verdacht auf eine seltene Erkrankung geäußert?	
<input type="checkbox"/> Ja, Verdacht auf:	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie aufgrund Ihrer Beschwerden schon einmal im Universitätsklinikum Dresden?	
<input type="checkbox"/> Ja Datum: Abteilung/behandelnder Arzt:	<input type="checkbox"/> Nein

Frage 8: Traten in Ihrer Familie/Blutsverwandten ähnliche Beschwerden auf?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> keine Aussage möglich

Wenn ja, bei wem?		
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Kinder
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Urgroßeltern	<input type="checkbox"/> Andere:

Frage 9: Bitte geben Sie die Beschwerden und (vorhandenen) Diagnosen je betroffenem Familienmitglied an:

Frage 10: Traten bei Ihrer Familie/Blutsverwandten andere Erkrankungen gehäuft auf oder sind genetische Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Keine Aussage möglich	

Frage 11: Wann waren Sie wegen Ihrer Beschwerden zum ersten Mal in ärztlicher Behandlung? Und bei wem?

Frage 12: Wo sind Sie bereits vorstellig geworden?			
<input type="checkbox"/> Allergologe	<input type="checkbox"/> Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/> Angiologe	<input type="checkbox"/> Anästhesist
<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> Chiropraktiker	<input type="checkbox"/> Chirurg	<input type="checkbox"/> Diabetologe



<input type="checkbox"/> Dermatologe	<input type="checkbox"/> Endokrinologe	<input type="checkbox"/> Gastroenterologe	<input type="checkbox"/> Frauenarzt
<input type="checkbox"/> Hämatologe	<input type="checkbox"/> HNO-Arzt	<input type="checkbox"/> Homöopath	<input type="checkbox"/> Humangenetiker
<input type="checkbox"/> Immunologe	<input type="checkbox"/> Internist	<input type="checkbox"/> Kardiologe	<input type="checkbox"/> Kinderarzt
<input type="checkbox"/> Lungenfacharzt	<input type="checkbox"/> Nierenfacharzt	<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="checkbox"/> Neurochirurg
<input type="checkbox"/> Onkologe	<input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="checkbox"/> Pathologe	<input type="checkbox"/> Psychiater
<input type="checkbox"/> Psychologe	<input type="checkbox"/> Psychosomatiker	<input type="checkbox"/> Rheumatologe	<input type="checkbox"/> Radiologe
<input type="checkbox"/> Umweltmediziner	<input type="checkbox"/> Urologe	<input type="checkbox"/> Venenfacharzt	<input type="checkbox"/> Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Tropenmediziner	<input type="checkbox"/> Andere:		

Frage 13: Gynäkologische Anamnese (nur auszufüllen wenn zutreffend):		
Auffälligkeiten während der Regelblutung:		<input type="checkbox"/> Keine
Schmerzen während Regelblutung:	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein
stattgefundene Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja, Auslöser (wenn bekannt):	<input type="checkbox"/> Nein
Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahr:	<input type="checkbox"/> Nein

Frage 14: Haben Sie Haustiere?	
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein

Frage 15: Bestehen besondere Ernährungsgewohnheiten (z.B. fleischlose Ernährung, vegane Ernährung etc.)?

Frage 16: 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	
Befinden sich körperfremde Gegenstände an oder in Ihrem Körper (Piercings, Prothesen, Schrittmacher etc.)?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was und wo?:	



Frage 17: Welche Operationen haben Sie bisher durchführen lassen und zu welchem Zeitpunkt?

Frage 18: 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 _____	

Frage 19: Bitte kreuzen Sie an, ob die folgenden Symptome oder Ereignisse bei Ihnen vorliegen:	
	Wenn ja, (seit) wann?
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	
<input type="checkbox"/> Knochenentzündung	
<input type="checkbox"/> Blutvergiftung	



<input type="checkbox"/> Chronische Virusinfektionen	
<input type="checkbox"/> Chronische Haut- oder Genitalwarzen	
<input type="checkbox"/> Chronische Pilzinfektionen	
<input type="checkbox"/> Chronische Lymphknotenschwellung	
<input type="checkbox"/> Vergrößerte Milz	

Frage 20: Welche Medikamente (incl. Nahrungsergänzungsmittel) nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung ein und seit wann?	
<i>Medikament / Nahrungsergänzungsmittel, seit wann</i>	<i>Dosierung</i>

Frage 21: Umgang mit körperlichen Beschwerden					
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine gesundheitlichen Sorgen behindern mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen, dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 22: Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Frage 23: 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 24: 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 25: Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? Bitte unterstreichen Sie zutreffendes.				
	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 Zeitunglesen 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 26: Nehmen Sie oder haben Sie jemals Medikamente gegen Angst, Depression oder Stress genommen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche?	

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass in die im Fragebogen übermittelten Daten sowie die vorgelegten Befunde, durch Ärzte des USE zur Bewertung meines Falles und Empfehlung des weiteren Vorgehens, Einsicht genommen werden darf. Dies umfasst ebenfalls die Einsichtnahme in gendiagnostische Befunde, welche dem Gendiagnostikgesetz entsprechen. Dabei bleiben die ärztliche Schweigepflicht nach §203 StGB sowie das Datengeheimnis nach §6 Sächsisches Datenschutzgesetz unberührt. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Verwendung und Auswertung der Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke willige ich ein.
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. des Betreuers

