



HEIDELBERG UNIVERSITY HOSPITAL

Anamnesebogen

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese korrekt. Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, senden Sie ihn bitte an e-health.med5@med.uni-heidelberg.de

Persönliche Daten des Patienten

Name*	<input type="text"/>	Vorname*	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	<input type="text"/>		
Geschlecht(m,f,diverse)	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Land des Wohnsitzes*	<input type="text"/>	Stadt und Postleitzahl*	<input type="text"/>
Telefonnummer*	<input type="text"/>		
Email-Adresse*	<input type="text"/>		

Kontaktdaten der unterstützenden Person, die diesen Fragebogen ausfüllt:

(wenn der Patient den Fragebogen nicht selbst ausfüllt)

Name*	<input type="text"/>	Vorname*	<input type="text"/>
	Ich bin:		
Verhältnis zum Patienten	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn		
	<input type="checkbox"/> Mutter/Vater		
	<input type="checkbox"/> Freund		
	<input type="checkbox"/> Anderes (bitte angeben):		
Telefonnummer*	<input type="text"/>		
Email-Adresse*	<input type="text"/>		

* obligatorisch

Medizinische Informationen

Bitte wählen Sie Ihre Hauptdiagnose aus:

- Multiples Myelom
- Lymphom
- Sarkom
- CUP Syndrom
- Akute lymphozytäre Leukämie (ALL)
- Akute myeloische Leukämie (AML) /Myelodysplastisches Syndrom (MDS)
- Myeloproliferatives Syndrom (MPS)
- Monoklonale Gammopathie unbekannter Signifikanz (MM/ MGUS) Chronische myeloische Leukämie (CML)
- Sonstiges, bitte angeben:
.....

Welche diagnostischen Tests wurden in den letzten 3-6 Monaten durchgeführt?

- MRT
- CT/PET-CT
- Sonographie
- Röntgen
- Angiographie
- Herzkatheter
- Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie, Bronchoskopie, usw.)
- Knochenmarkaspiration, Knochenmarksbiopsie
- Lymphknoten-Biopsie
- Sonstige diagnostische Tests, bitte angeben:
.....

Welche Laboruntersuchungen wurden in den letzten 3-6 Monaten durchgeführt?

- Routineuntersuchungen (z. B. Blutbild)
- Genetische Tests (Zytogenetik/ FISH)
- Molekularbiologische Tests (Sequenzierung für genetische Mutationen)
- Spezielle Tests, bitte angeben:
.....

Wurde eine histologische Untersuchung durchgeführt?

- Ja
Die Gewebeprobe wurde am (DD/MM/YYYY) entnommen:
.....
- Nein

Welche Behandlungen wurden durchgeführt?

- Keine
- Operation/ Eingriff (z.B. Herzkatheter)
- Medikamentöse Behandlung (z.B. Chemotherapie, andere Medikamente)
Bitte führen Sie laufende Behandlungen mit dem Datum des Behandlungsbeginns auf
.....
- Bestrahlung

Bitte geben Sie laufende Behandlungen mit dem Datum des Behandlungsbeginns an

.....

- Andere (bitte angeben)

.....

Bitte geben Sie alle weiteren relevanten Diagnosen an:

Haben Sie zurzeit irgendwelche Infektionen?

- Ja
Welche?
- Nein

Haben Sie zurzeit offene Wunden?

- Ja
Bitte geben Sie die Stelle an:
- Nein

Bitte beschreiben Sie Ihren derzeitigen Mobilitätsstatus:

Möchten Sie uns zusätzliche Informationen mitteilen, die für die Beurteilung Ihres Falls nützlich sein könnten (z. B. Kontaktdaten des behandelnden Arztes)?

Auswahl der Dienstleistungen

Welche Dienstleistung möchten Sie in Anspruch nehmen?

- Das Einholen einer Zweitmeinung in Form eines schriftlichen Berichts (auf Deutsch oder Englisch)
- Das Einholen einer Zweitmeinung in Form einer Videokonsultation (mit schriftlichem Bericht)

Die Videokonsultation wird in deutscher oder englischer Sprache durchgeführt. Benötigen Sie einen Dolmetscher?

- Nein
- Ja
 - Russisch
 - Arabisch
 - Spanisch
 - Chinesisch
 - Andere (bitte angeben):

Welche Erwartungen haben Sie an die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung am Universitätsklinikum Heidelberg?

Wie sind Sie auf das Universitätsklinikum Heidelberg aufmerksam geworden?

- Internet
- Geschäftspartner
- Arbeitgeber
- Mitarbeiter des Universitätsklinikums Heidelberg
- Presseberichte
- Krankenkasse
- Behandelnder Arzt/ Krankenhaus
- Familienangehörige/ Freunde
- Botschaft/ staatliche Einrichtung
- Andere (bitte angeben):

.....