

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anfordernder Arzt/ Klinik / Stempel

Tag	Monat	Jahr

„Hereditäre Muskelerkrankung“ - klinischer Fragebogen zum Untersuchungsauftrag

bitte per Fax oder per E-Mail an: 0731-9849020 / info@genetikum.de
bei Fragen stehen wir Ihnen telefonisch zur Verfügung: 0731-984900

Klinik:

CK-Wert U/l Herkunft: _____

Muskelbiopsie: Ja Nein

Alter bei Beginn der Symptomatik: Jahre

Muskelschwäche:

proximal	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
distal	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rumpf	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gesicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

schwerer betroffen sind:

obere Extremitäten	3 2 1 0 1 2 3	untere Extremitäten
	beide gleichermaßen betroffen	

zusätzliche Symptomatik:

bisherige durchgeführte genetische Untersuchungen

Duchenne/Becker-Muskelatrophie- Deletions-/Duplikationsanalyse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	bei Säuglingen:
fazio scapulo humerale Muskeldystrophie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Spinale Muskelatrophie
			Ja <input type="checkbox"/>
			Nein <input type="checkbox"/>
			Prader-Willi-Syndrom
			Ja <input type="checkbox"/>
			Nein <input type="checkbox"/>
			Myotone Dystrophie
			Ja <input type="checkbox"/>
			Nein <input type="checkbox"/>

ggf. Bemerkungen:

Familienanamnese:

weitere Betroffene in der Familie? Ja Nein

wenn ja, wer? _____

Stammbaum

Wurden bereits genetische Untersuchungen / Beratungen durchgeführt? Nein Ja Wo? _____

welche evtl. Ergebnisse / Befunde: _____