

## Anmeldung in der Immundefektambulanz für die Chronische Fatigue Sprechstunde

Im Rahmen unserer Ambulanzsprechstunde können wir eine Immundefektabklärung durchführen, eine Diagnose stellen und über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Die Patienten erhalten einen Befundbericht mit umfassenden Behandlungsempfehlungen.

Die Anmeldung für einen Termin in der CFS Sprechstunde und auch die Weiterbetreuung muss über den Hausarzt / überweisenden Facharzt erfolgen. Das vom überweisenden Arzt ausgefüllte Anmeldeformular (Seite 1) sowie die **vom Patienten ausgefüllten Seiten 2-5** müssen an folgende E-Mail Adresse [fatigue-centrum-termin@charite.de](mailto:fatigue-centrum-termin@charite.de) geschickt werden. Da dieser E-Mail Kontakt unverschlüsselt erfolgt, bieten wir Ihnen auch die Möglichkeit, die Unterlagen per Post an folgende Adresse zu schicken:

**CVK - Charité - Universitätsmedizin Berlin**  
**Institut für Medizinische Immunologie**  
z. Hd. Fr. Thiel  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

Datum: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Wohnort/PLZ: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Patienten: \_\_\_\_\_

E- mail Adresse des Patienten: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Rentenversicherung: \_\_\_\_\_

Begann die Erkrankung mit einer Infektion?  ja  nein

- Wenn ja, wann und mit welcher Infektion? \_\_\_\_\_

- Wenn nein, was war der Auslöser und wann? \_\_\_\_\_

### Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt und seit wann:

(z. B. psychiatrische/neurologische Vorerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes Mellitus, Herz- Kreislaufkrankungen, Magen- Darm- Erkrankungen, rheumatologische Erkrankungen, Schlafstörungen oder andere relevante Erkrankungen)

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Erfolgte eine Ausschlussdiagnostik bei V.a. oben genannten Erkrankungen?  ja  nein

Falls nein, welche steht noch aus? \_\_\_\_\_

Besteht eine Verschlechterung aller Symptome nach körperlicher oder geistiger Aktivität?

ja  nein

Leidet der Patient an einer erhöhten Infektanfälligkeit?

Nein  wenn, ja: Häufigkeit und Art der Infektionen: \_\_\_\_\_

**Name und Arztstempel des überweisenden Arztes:**

Wir bieten für Ärzte auch eine telefonische Beratung sowie regelmäßig Fortbildungen bei uns am Institut an.

**Kanadische Konsensus Kriterien 2003 (gekürzt, mod.) Vom Patienten selbst auszufüllen**

Bitte zutreffendes ankreuzen

Datum: \_\_\_\_\_

**Zustandsverschlechterung nach Belastung und Erschöpfung**

- a) Neu aufgetretene, anderweitig nicht erklärbare, andauernde oder wiederkehrende körperliche oder mentale Erschöpfung die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt.  
Beginn und Auslöser der Erkrankung: .....
- b) Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (mehr als 24 Stunden, um sich zu erholen).
- c) Die Symptome können durch jede Art von Anstrengung oder Stress verschlechtert werden.

**Schlafstörungen**

- a) Einschlafstörungen  
b) Durchschlafstörungen  
c) Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus  
d) Schlaf führt zu keiner Erholung

**Schmerzen**

- a) Gelenkschmerzen (Es liegen keine Schwellungen oder Rötungen der Gelenke vor)  
b) Muskelschmerzen  
c) starke Kopfschmerzen eines neuen Typs, Musters oder Schweregrad

**Neurologische/Kognitive Manifestation**

- a) Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses  
b) Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung, der Kategorisierung  
c) Wortfindungsstörungen  
d) Zeitweise auftretende Lesestörungen  
e) Es kann zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und oder Ängste) kommen durch:  
• zu viele Informationen (kognitive Überlastung)  
• zu viele Sinneseindrücke (Lichtempfindlichkeit und/oder Lärmempfindlichkeit)  
• zu viel seelischem Stress  
f) Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen  
g) Desorientierung oder Verwirrung  
h) Bewegungskordinationsstörungen

**Autonome Manifestationen**

- a) Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder "Schwarzwerden vor Augen"  
b) Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf  
c) Schwindel und Benommenheit  
d) Extreme Blässe  
e) Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)  
f) Blasenstörungen  
g) Atemstörungen

**Neuroendokrine Manifestationen**

- a) Häufig niedrige Körpertemperatur  
b) Hitze wird nicht gut vertragen  
c) Kälte wird nicht gut vertragen  
d) Appetitverlust  
e) Gesteigerter Appetit  
f) Gewichtszunahme  
g) Gewichtsabnahme  
h) Niedrige Blutzuckerspiegel (Hypoglykämie)  
i) Stress ist schlechter zu verarbeiten  
j) Stress führt zu einer Verstärkung der Erschöpfung  
k) Nach Stress nur langsame Erholung und emotionale Unsicherheit

**Immunologische Manifestationen**

- a) Schmerzhaftes Lymphknoten  
b) Wiederkehrende Halsschmerzen  
c) Neue Allergien  
d) Bereits bestehende Allergien haben sich verändert  
e) Grippe ähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl  
f) Überempfindlichkeit, schlechter Vertragen von Medikamenten und /oder Chemikalien  
g) Häufiges Fieber < 38 Grad ohne Infekte  
h) Mehr Infekte als vor der Erkrankung  
i) Infektneigung geringer als vor Erkrankung  
j) Anhaltende Reizung der Nasennebenhöhlen

**Einwilligung in die Einsicht personenbezogener Daten in die Behandlungsdokumentation der vorbehandelnden Einrichtungen innerhalb der Charité**

Zur fachgerechten medizinischen Einschätzung Ihres Behandlungsfalles benötigen unsere Ärzt:innen und weitere Mitarbeiter:innen möglichst umfassende Informationen zu Ihrer Vorgeschichte sowie zu der bisher erfolgten Behandlung sowie ggf. Vorerkrankungen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass alle erforderlichen Informationen aus meinen früheren Aufenthalten inkl. Ambulanzen/Instituten etc. in/an der Charité von den Mitarbeiter:innen eingesehen werden können, die an der Terminkoordination und damit verbundenen Behandlung beteiligt sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## Belastungsintoleranz (PEM)-Kriterien

Geben Sie bitte für jedes Symptom eine entsprechende Wertung für die Häufigkeit und für den Schweregrad an.

Symptome	Wie häufig haben Sie folgenden Symptom <b>in den letzten 6 Monaten</b> gehabt?	Wie stark hat dieses Symptom Sie <b>in den letzten 6 Monaten</b> beeinträchtigt?
Wertung	0 = nie 1 = selten <b>2 = ca. die Hälfte der Zeit</b> <b>3 = die meiste Zeit</b> 4 = immer	0 = gar nicht 1 = mild <b>2 = mäßig</b> <b>3 = schwer</b> <b>4 = sehr schwer</b>
Nach Aktivität: ein schweres erschlagenes Gefühl		
Schmerzen oder Müdigkeit am nächsten Tag nach nicht anstrengenden, alltäglichen Aktivitäten		
Geistig müde nach der geringsten Anstrengung		
Minimale Bewegung macht körperlich müde		
Körperlich ausgelaugt oder krank nach leichter Aktivität		

Für jede Ihrer Symptome, bitte wählen Sie welche am besten Ihre Müdigkeit beschreiben:

Wenn Sie nach der aktiven Teilnahme an außerberuflichen Aktivitäten, Sport oder Hobbys erschöpft sein sollten, würden Sie sich innerhalb von ein oder zwei Stunden nach Beendigung der Aktivität erholen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Erleben Sie eine Verschlimmerung Ihrer durch Müdigkeit/Energie bedingten Krankheit nach minimaler körperlicher Anstrengung?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Erleben Sie eine Verschlimmerung Ihrer mit Müdigkeit/Energie verbundenen Erkrankung, nachdem Sie sich geistig angestrengt haben?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn Sie sich nach Aktivitäten schlechter fühlen, wie lange dauert das?	<input type="radio"/> ≤ 1 Stunde <input type="radio"/> 2 – 3 Stunden <input type="radio"/> 4 – 10 Stunden <input type="radio"/> 11 – 13 Stunden <input type="radio"/> <b>14 – 23 Stunden</b> <input type="radio"/> ≥ 24 Stunden <input type="radio"/> <b>2- 3 Tage</b>
Wenn Sie sich nicht bewegen, liegt das daran, dass Bewegung Ihre Symptome verschlimmert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## Bell-Score 1995

### Patienteninformation

Name ..... Vorname .....  
geb. .... Datum .....

**Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen.**

**Bitte umkreisen Sie die Zahl, die am besten auf Sie zutrifft.**

- 100 Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 90 Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 80 Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkungen spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstrengungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten
- 70 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm – mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 60 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70%—90% der Norm; Unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird; aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann
- 50 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 40 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50%-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 30 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 20 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30%-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren
- 10 Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern
- 0 Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen