

## 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 Arztes ausgefüllte Anmeldeformular (Seite 1) sowie die **vom Patienten ausgefüllte Seite 2** muss 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: \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

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

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

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- Kreislauferkrankungen, Magen- Darm- Erkrankungen, rheumatologische Erkrankungen, Schlafstörungen oder andere relevante Erkrankungen)**

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

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

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

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

ja  nein

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

### **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) Bewegungskoordinationsstörungen

**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