



## Anmeldeformular

### Anmeldung in der Immundefektambulanz für die Chronische Fatigue Sprechstunde

Im Rahmen unserer Innovationsfondstudie CFS\_CARE stellen wir eine Diagnose und informieren über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten. Die Patienten erhalten einen Befundbericht mit umfassenden Behandlungsempfehlungen und es erfolgt eine Weiterbehandlung an der Charité. Für einen Teil der Patienten besteht

auch die Möglichkeit einer Umsetzung der Behandlung an der Rehaklinik in Kreischa.

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

Das ausgefüllte Anmeldeformular (alle 4 Seiten) kann per E-Mail an [fatigue-centrum-care@charite.de](mailto:fatigue-centrum-care@charite.de) (diese E-Mail erfolgt unverschlüsselt) oder über den Postweg an folgende Adresse geschickt werden:

CVK Charité- Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Medizinische Immunologie  
z. Hd. Frau Anja Hagemann  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort / PLZ: \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

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

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

Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Sind mehrere Termine in Berlin möglich?

- ja  nein

**Begannen die Beschwerden 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:**

(psychiatrische/neurologische Vorerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes Mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen, 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?

\_\_\_\_\_

**Erwerbssituation:**  erwerbstätig  berentet, seit \_\_\_\_\_



## Kanadische Konsensus Kriterien 2003 (gekürzt, mod.)

Datum: .....

Bitte zutreffendes ankreuzen

### 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) Infekneigung geringer als vor Erkrankung  
j) Anhaltende Reizung der Nasennebenhöhlen



## Screening auf Post-Exertionelle-Malaise (PEM)

### Fragebogen

Erwachsene (≥18 Jahre)

Ausfülldatum: .....

Ausfülldauer: .....min

Während der letzten 6 Monate				
	Liegt nicht vor	Häufigkeit 1 = manchmal 2 = etwa ½ der Zeit 3 = meistens 4 = immer	Schwere 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer 4 = sehr schwer	
1 Ein schweres, erschlagenes Gefühl nach Beginn körperlicher Betätigung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
2 Nach alltäglichen Aktivitäten: am nächsten Tag Schmerzen oder Erschöpfung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
3 Geistig ermüdet nach geringster (körperlicher oder mentaler) Anstrengung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
4 Körperlich ermüdet nach geringster körperlicher Betätigung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
5 Körperlich ausgelaugt oder Krankheitsgefühl nach alltäglichen Aktivitäten	0	1 2 3 4	1 2 3 4	

6 Angenommen die Teilnahme an Freizeitaktivitäten, Sport oder Ausflügen mit Freunden hätte Sie erschöpft, würden Sie sich innerhalb einer oder zwei Stunden nach Ende der Aktivität erholen?	Ja	Nein
7 Nehmen Sie eine Zunahme Ihrer Erschöpfung / Ihres Energiemangels wahr, nachdem Sie sich minimal körperlich angestrengt haben?	Ja	Nein
8 Nehmen Sie eine Zunahme Ihrer Erschöpfung / Ihres Energiemangels wahr, nachdem Sie sich minimal geistig angestrengt haben?	Ja	Nein
9 Falls Sie sich nach Aktivitäten schlechter fühlen, wie lange dauert es, bis die vermehrten Beschwerden wieder abgeklungen sind?	<input type="checkbox"/> < 1 Std. <input type="checkbox"/> 11-13 Std.	<input type="checkbox"/> 2-3 Std. <input type="checkbox"/> 14-23 Std.
10 Vermeiden Sie Anstrengungen, weil diese Ihre Symptome verschlechtern?	Ja	Nein



Pat. -Etikett

**Bell-Skala** 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.

100/100	Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
90/100	Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
80/100	Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkung spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstrengungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten
70/100	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
60/100	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
50/100	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
40/100	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
30/100	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
20/100	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
10/100	Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern
0/100	Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen

Aus: The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome, David S. Bell, MD, S. 122 f. Addison-Wesley, Publishing Company, Reading, MA.



**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