

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte/-r Patient/-in,**

**bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig und schicken Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per Fax (06131-17-5570, z.H. Frau Dr. Rebhorn), Email (Amyloidose@unimedizin-mainz.de) bzw. Post (Frau Dr. Rebhorn Klinik und Poliklinik für Neurologie, Langenbeckstraße 1, Geb. 503 EG, 55131 Mainz) zu. So können wir Ihren Fall besser einschätzen.**

**Einen Vorstellungstermin im Amyloidosezentrum bekommen Sie telefonisch mitgeteilt.**

**1. Ist die Diagnose einer Amyloidose schon gestellt worden?**

Ja                      wo wurde die Diagnose gestellt? (Arzt bzw. Krankenhaus)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nein, aber es besteht der Verdacht auf eine Amyloidose

**2. Wenn ja, an welchem Amyloidose-Typ leiden Sie? Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.**

AL-Amyloidose

Familiäre TTR-Amyloidose

Wildtyp-Amyloidose

Andere (welche?) \_\_\_\_\_

Unbekannt

**3. Welche Symptome/bestehen bei Ihnen? Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.**

- Nervensystem (welche?)
  - Sensibilitätsstörungen
  - Lähmungen
  - Karpaltunnelsyndrom
  - Schmerzen an Füßen/Beinen
  - Andere \_\_\_\_\_

- Herz (welche?)
  - Herzschwäche
  - Herzrhythmusstörungen
  - Andere \_\_\_\_\_

- Magen-Darm-Trakt
  - Durchfall
  - Verstopfung
  - Andere \_\_\_\_\_

- Niere
  - erhöhte Nierenwerte
  - Eiweißausscheidung im Urin
  - Andere \_\_\_\_\_

- Andere Symptome (welche?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Bei welchen Ärzten sind Sie wegen Ihrer Amyloidose in Behandlung?**

- Hausarzt \_\_\_\_\_
- Kardiologe \_\_\_\_\_
- Neurologe \_\_\_\_\_

Hämatologe bzw. Onkologe \_\_\_\_\_

Gastroenterologe \_\_\_\_\_

Rheumatologe \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Haben Sie sonst andere Erkrankungen?**

Nein

Ja (welche?) (z.B. Bluthochdruck, Blutzuckerkrankheit...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bitte alle auflisten)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_