

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Marfan-Sprechstunde

Ansprechpartner/in _____

Klinik _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mail _____

Hausarzt/-ärztin oder Kinderarzt/-ärztin:

Name _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mail _____

Facharzt/-ärztin für Kardiologie

Name _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mail _____

Augenarzt/-ärztin

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Mail

Augenklinik

Ansprechpartner/in

Klinik

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Mail

Facharzt/-ärztin für Orthopädie

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Mail

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____

Krankenkasse / Ort: _____

Mitgliedsnummer bei der Krankenkasse: _____

Wo befinden sich

- Röntgenbilder _____

- MRT-Bilder _____

- CT-Bilder _____

Wohin gehen die Berichte der Fachärzte? _____

Ist der Ordner mit den Arztbriefen angelegt? ☐ ja ☐ nein

Sind alle Unterlagen der letzten Jahre vollständig? ☐ ja ☐ nein

Sind die vorherigen Arztberichte korrekt? ☐ ja ☐ nein

Sie können Sie berichtigen lassen, damit sich falsche Informationen nicht weiterverbreiten.

Wann war die letzte Routineuntersuchung (Marfan-Sprechstunde)?

Wann ist der nächste geplante Untersuchungstermin?

Haben Sie Allergien?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Notfallausweis?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie einen Medikamentenplan?

☐ ja

☐ nein

Welches sind ihre wichtigsten Ärzte (Ärzt Netzwerk)?

Kennen Sie das Informationsmaterial der Marfan Hilfe (www.marfan.de)?

☐ ja

☐ nein

--- Für weitere Notizen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Diagnose:

Marfan-Syndrom ☐

Loeys-Dietz-Syndrom ☐

Andere Krankheit: _____

Keine sichere Diagnose ☐

Zeitpunkt der Diagnose: _____

Genetisch gesichert ☐ ja ☐ nein

Bitte bringen Sie das schriftliche Ergebnis der molekulargenetischen Untersuchung mit.

Betroffene Familienmitglieder:

Vater: ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Mutter: ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Geschwister: ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Kinder: ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

☐ ja ☐ nein ☐ unklar

☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Andere Betroffene in der Familie?

Stattgefundene Operationen:

Monat / Jahr

		/	
		/	
		/	
		/	

Medikamente:

siehe Medikamentenplan

Aktuelle Beschwerden:

seit

Sonstige Informationen

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____

Medikament		Dosis in Milligramm (mg)			
Art	Name	morgens	mittags	abends	nachts