BEGUTACHTUNGSANTRAG

an die Medizinische Hochschule Hannover

Institut für Neuropathologie

Prof. Dr. C. Hartmann

neuropathologie@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Strasse 1
30625 Hannover

Tel 0511/532-4580
FAX 0511/532-18512

Name, Vorname des Versicherten

MHH: Barcode-Klebchen verwenden! geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Anschrift (bei Privat-Patienten)

zuständiger Arzt:

Telefon:

Befund an Fax:

Datum:

Unterschrift:

Biopsierter Muskel:

Vorläufige klinische Diagnose:

Information zum Patienten:

Symptombeginn:

Erstes Symptom:

Vertragsarztstempel Einsender

Paresen:	☐ nein	☐ ja, wo:		
Atrophien:	☐ nein	☐ ja, wo:		
Ermüdbarkeit:	☐ nein	☐ ja, wo:		
Myalgien:	☐ nein	☐ ja, wo:		
Myotonie:	☐ nein	☐ ja, wo:		
Faszikulationen:	☐ nein	☐ ja, wo:		
Verteilungsmuster:	☐ peripher	☐ proximal	☐ symmetrisch	☐ seitenbetont

Sonstige Symptome und andere Erkrankungen:

Medikamente (regelmäßige Einnahme früher oder aktuell, z.B. ASS, Heparin, Marcumar):

Cortison:	☐ nein	☐ ja, bis wann:
Lipidsenker:	☐ nein	☐ ja, bis wann:
Andere:		

Zusatzdiagnostik:

EMG/NLG/EP:	☐ nein	☐ ja, wo:
EMG in den letzten 6 Wochen im Zielmuskel	☐ nein	☐ ja
Frühere Muskelbiopsien:	☐ nein	☐ ja, wo:
Befund		

Labor und Radiologie:

CK:	☐ nein	☐ erhöht auf:	U/l	CK Verlauf:
Aldolase:	☐ nein	☐ erhöht auf:	U/l	Ischämietest path.?: ☐ nein ☐ ja ☐ nd
Ruhelaktat:	☐ nein	☐ erhöht auf:	Mmol/l	Belastungstest path.?: ☐ nein ☐ ja ☐ nd
BKS:	☐ nein	☐ erhöht auf:	Mm	Muskel MRT: ☐ nein ☐ ja ☐ nd
CRP:	☐ nein	☐ erhöht auf:	mg/l	Befund
Immunologie:	☐ nein	☐ erhöht auf:		

Genetik:

Familienanamnese:	☐ neg.	☐ pos.
Genetische Untersuchungen:	☐ nein	☐ ja, wo:
Befund		