

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:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:		
Atrophien:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:		
Ermüdbarkeit:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:		
Myalgien:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:		
Myotonie:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:		
Faszikulationen:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:		
Verteilungsmuster:	<input type="radio"/> peripher	<input type="radio"/> proximal	<input type="radio"/> symmetrisch	<input type="radio"/> seitenbetont

Sonstige Symptome und andere Erkrankungen:

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

Cortison:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, bis wann:
Lipidsenker:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, bis wann:
Andere:		

Zusatzdiagnostik:

EMG/NLG/EP:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:
EMG in den letzten 6 Wochen im Zielmuskel	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Frühere Muskelbiopsien:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo:
Befund		

Labor und Radiologie:	
CK:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> erhöht auf: U/l
Aldolase:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> erhöht auf: U/l
Ruhelaktat:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> erhöht auf: Mmol/l
BKS:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> erhöht auf: Mm
CRP:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> erhöht auf: mg/l
Immunologie:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> erhöht auf:
CK Verlauf:	
Ischämietest path.?:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nd
Belastungstest path.?:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nd
Muskel MRT:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nd
Befund	

Genetik:

Familienanamnese:	<input type="radio"/> neg. <input type="radio"/> pos.
Genetische Untersuchungen:	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wo:
Befund	