



# Anmeldung und Anamnese

Patientendaten

**Gibt es Vorbefunde?**  
 Falls ja, bringen Sie diese in Kopie mit (z.B. Krankenhausberichte, Laborergebnisse, etc.).

Datum

**Patient\*in**

Name, Vorname      Geb.datum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Tel. privat      Tel. berufl.

Mobil -Wichtig für Rückfragen oder Vorabinformationen-

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

**Rechnung an (bei privat Versicherten)**

Name, Vorname

Adresse (nur wenn abweichend von oben)

**Grund der Überweisung**

*Abklärung hämorrhagische Diathese bei V.a. systemische Mastozytose*

**Überweisender Arzt**

Name

Straße

Ort

Fax

**Hausarzt**

Name

Straße

Ort

Fax

Größe      Gewicht      BMI      Blutgruppe

Sind Sie schwanger?       nein       ja / Entbindungstermin:

RR:      Puls:

Blutentnahme:      Datum/Uhrzeit      Durchgeführt durch (Kürzel):

PatID

I. Einordnung der bisherigen Symptome und Diagnostik			
1. Welcher Symptomenkomplex kommt ihren Beschwerden am nächsten? (Mehrfachauswahl möglich).			
<input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z.B. Histamin-Intoleranz)	<input type="checkbox"/> Arzneimittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> unerklärte allergische Reaktionen
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Chronic fatigue Syndrom (CFS)	<input type="checkbox"/> Multiple Chemical Sensitivity (MCS)	<input type="checkbox"/> Ehlers-Danlos-Syndrom
2. Seit wann bestehen die Beschwerden?		seit:	
Gab es einen Auslöser, der in zeitlichem Zusammenhang damit stand? (z.B. gastrointestinaler Infekt, physische oder psychische Belastung, Schwangerschaft, Antibiotika-Einnahme, etc.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Gibt es Vorbefunde? Falls ja, bringen Sie diese bitte als Kopien mit.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Hatten Sie oder Ihr überweisender Arzt Email-Korrespondenz mit Herrn Professor Molderings?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Ist für Sie ein stationärer Aufenthalt im Gemeinschafts-krankenhaus Bonn (GKB, Elisabeth Krankenhaus, Gastroenterologie, Prof. Dumoulin) vorgesehen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, dürfen unsere Laborergebnisse den Kollegen im GKB mitgeteilt werden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Kennen Sie den Fragebogen von Herrn Professor Molderings zur Feststellung eines Mastzellmediatorfreisetzungssyndroms?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Punktzahl haben Sie erreicht?		Punkte:	
<b>Falls nein</b> , bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus:		<b>Fragebogen von Herrn Professor Molderings</b>	
7. Haben Sie bereits Mastzellmediatorfreisetzungssyndroms -stabilisierendes Medikament eingenommen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche? Nennen Sie bitte die Zeiträume und Einfluss auf die Symptome:			
Mastzellmediatorfreisetzungssyndroms -stabilisierendes Medikament	Zeitraum	Einfluss auf die Symptome	
H1-Antihistaminikum (z.B. Telfast, Citerizin, Rupatadin)			
H2-Histaminrezeptorblocker (z.B. Ranitidin)			
Chromoglycinsäure (z.B. Colimune, Pentatop)			
Ketotifen			
Retardiertes Vitamin C			

PatID

II. Aktuelle und frühere Erkrankungen	
<b>Hinweis:</b> Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen so sorgfältig wie möglich. Wenn Sie bei einzelnen Fragen unsicher sind, wenden Sie sich bitte an die Medizinische Fachangestellte oder an Ihren Arzt.	
1. Haben Sie zurzeit eine fieberhafte Erkältung oder Bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Haben Sie zurzeit eine Infektion?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche	
3. Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche	
4. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Leber-Erkrankung (z.B. Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche	
6. Nieren-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche	
7. Herz-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann:
	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen, wann:
	<input type="checkbox"/> Sonstige Herz-Erkrankung:
	Wann:
Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	
8. Autoimmun-Erkrankung (z.B. Rheuma, Lupus ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche	
Werden oder wurden Sie deswegen behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Wie werden Sie behandelt?	
9. Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie hoch (ca.)?	
10. Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie hoch (ca.)?	

PatID

## II. Aktuelle und frühere Erkrankungen – Fortsetzung

11. Häufige Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. TIA (Transitorische ischämische Attacke = leichter Schlaganfall, nicht länger als 24 Std.)	
Wenn ja, wann?	
Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	
13. Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	
Wenn Sie Folgeerscheinungen hatten, welche waren das?	
14. Gefäßerkrankung (z.B. Arteriosklerose, Thrombose, Lungenembolie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
15. Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Werden oder wurden Sie deswegen behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Welche anderen Erkrankungen, die hier nicht genannt sind, haben oder hatten Sie? (Fragen n. Operationen → S. 7)	
17. Rauchen Sie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	
Seit wie vielen Jahren?	
Falls nein, haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Seit wann rauchen Sie nicht mehr?	
18. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich?	<input type="text"/> Wöchentlich etwa
	<input type="text"/> Monatlich etwa
	<input type="checkbox"/> kein Alkohol


PatID

**III. Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

1. Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein?  ja  nein

Wenn ja, nennen Sie bitte die Medikamente und die Dosierung:

Medikament	Dosierung

 2. Nehmen Sie die Pille oder ein Medikament wegen der Wechseljahre?  ja  nein

Wenn ja, welches?

	PatID
--	-------

IV. Blutungsneigung				
1. Bluten Sie häufiger?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, an welcher Stelle?				
Wie oft?				
2. Bluten bei Ihnen Schnitt- oder Schürfwunden besonders lang nach?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
3. Haben Sie Wundheilungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
4. Haben Sie verstärktes Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, bei welcher Gelegenheit?	<input type="checkbox"/> beim Zähneputzen <input type="checkbox"/> bei zahnärztlichen Behandlungen, z.B. Zähneziehen <input type="checkbox"/> ohne erkennbaren Grund			
5. Bekommen Sie leicht blaue Flecken, auch ohne dass Sie sich anstoßen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
	Wenn ja, an welchen Stellen	Wie oft ungefähr?	Seit wann? Monat/Jahr	
	<input type="checkbox"/> an den Armen			
	<input type="checkbox"/> an den Beinen			
	<input type="checkbox"/> am Körper			
6. Haben Sie häufig Nasenbluten?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
	Wenn ja, wie oft?			
	<input type="checkbox"/> einige Male im Jahr	<input type="checkbox"/> mehrmals im Mona	<input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche	
	Seit wann:			
	Auf welcher Seite?			
	<input type="checkbox"/> rechtes Nasenloch	<input type="checkbox"/> linkes Nasenloch	<input type="checkbox"/> beide Seiten	
	Haben Sie Nasenbluten auch ohne erkennbaren Grund?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Waren Sie schon bei einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt wegen des Nasenblutens?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, was hat der Arzt festgestellt?			
	Hat der Arzt eine Verödung gemacht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hat der Arzt eine Tamponade gelegt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PatID
-------

**IV. Blutungsneigung – Fortsetzung**

7. Haben Sie schon einmal Blut im Urin oder Stuhl bemerkt?  ja  nein

Wenn ja, was war die Ursache?

8. Hatten Sie schon einmal Magenbluten?  ja  nein

9. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Störung der Blutgerinnung festgestellt?  ja  nein

Wenn ja, welche Störung wurde festgestellt?

10. Wurde Ihre Blutungsneigung schlimmer, nachdem Sie ein Medikament eingenommen haben? (z.B. ein Schmerzmittel)  ja  nein

Wenn ja, welches Medikament?

11. Hatten Sie schon Operationen?  ja  nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte für jede Operation die folgenden Fragen:

- a) Gab es sofort nach der Operation besonders starke Nachblutungen?
- b) Gab es einige Tage später besonders starke Nachblutungen?
- c) Bekamen Sie dabei eine Transfusion?
- d) In welchem Monat / Jahr war die Operation?

Operation (auch Weisheitszähne)	a) sofort starkes Nachblutungen	b) später starkes Nachblutungen	c) Transfusion	d) Wann?

12. Ist demnächst eine Operation geplant?  ja  nein

Wenn ja, welche Operation?

Wann? (Bitte nennen Sie das genaue Datum.)

PatID
-------

**V. Familienanamnese**

1. Hatte jemand in Ihrer engeren Familie schon einmal eine Blutungsneigung? (vgl. die von Ihnen bereits beantworteten Fragen im Abschnitt IV. Blutungsneigung, Seite 6+7)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Wenn ja, wer?</th> <th style="width: 25%;">Familienmitglied</th> <th style="width: 25%;">Im Alltag seit:</th> <th style="width: 35%;">Bei Operationen im Alter von:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><i>z.B. Mutter</i></td> <td><i>Seit Kindheit Nasenbluten</i></td> <td><i>Im Alter von ca. 25 Jahren nach Mandelentfernung operationspflichtige Nachblutung</i></td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Wenn ja, wer?	Familienmitglied	Im Alltag seit:	Bei Operationen im Alter von:		<i>z.B. Mutter</i>	<i>Seit Kindheit Nasenbluten</i>	<i>Im Alter von ca. 25 Jahren nach Mandelentfernung operationspflichtige Nachblutung</i>																	
Wenn ja, wer?	Familienmitglied	Im Alltag seit:	Bei Operationen im Alter von:																						
	<i>z.B. Mutter</i>	<i>Seit Kindheit Nasenbluten</i>	<i>Im Alter von ca. 25 Jahren nach Mandelentfernung operationspflichtige Nachblutung</i>																						
2. Wurde bei einem Familienmitglied / Verwandten eine Blutungsneigung diagnostiziert (z.B. von-Willebrand-Syndrom)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
3. Gibt es ein Familienmitglied mit der gleichen Beschwerdesymptomatik wie bei Ihnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
Wenn ja, wer?																									
Welche?																									



**VI. Schwangerschaft und Regelblutung**

1. Waren Sie schon einmal schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie oft? (einschließlich Fehlgeburten)	
2. Wurde bei Ihrer Schwangerschaft eine Rhesus-Prophylaxe durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	



PatID
-------



**VI. Schwangerschaft und Regelblutung –Fortsetzung**

3. Wenn Sie eine oder mehrere Entbindungen hatten: Nennen Sie bitte das Geschlecht, Monat/Jahr der Geburt, Schwangerschaftswoche (SSW) und das Geburtsgewicht Ihres Kindes:

Entbindung	männlich/weiblich	Monat/Jahr	SSW	Geburtsgewicht (g)
1. Kind				
2. Kind				
3. Kind				
4. Kind				
5. Kind				
6. Kind				

**Fragen zur Regelblutung (Bitte beantworten Sie diese Fragen auch dann, wenn Sie in der Menopause sind.)**

4. Ist/war Ihre Regelblutung auffällig stark?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> seit der ersten Regelblutung <input type="checkbox"/> seit der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> seit ca.                      Monaten <input type="checkbox"/> seit ca.                      Jahren
Hat ein Frauenarzt die Ursache für die auffällig starke Regelblutung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, was war die Ursache?	
5. Wie oft müssen/mussten Sie die Binde oder das Tampon wechseln?	<input type="checkbox"/> bis zu 6-mal am Tag <input type="checkbox"/> mehr als 6-mal am Tag <input type="checkbox"/> auch nachts
6. Wie lange dauert/dauerte Ihre Regelblutung?	<input type="checkbox"/> 1 bis 5 Tage <input type="checkbox"/> 6 bis 7 Tage <input type="checkbox"/> länger als 7 Tage
7. Haben Sie „die Pille“ genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie hat sich Ihre Regelblutung durch „die Pille“ geändert?	<input type="checkbox"/> wurde stärker <input type="checkbox"/> wurde schwächer <input type="checkbox"/> hat sich nicht geändert



Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

(Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat. Ausfüllen mit Drucker möglich.)

Geschlecht des Patienten:

männlich     weiblich     unbestimmt

Ethnische Herkunft .....



Stempel

## **G** Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

- Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Untersuchungen und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit den genetischen Untersuchungen einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem behandelnden Arzt schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein mündlicher Widerruf wird unverzüglich dokumentiert und auch dem untersuchenden Labor übermittelt.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden.
- Ich möchte über Neben- und Zufallsbefunde im Rahmen dieser Untersuchung informiert werden, wenn sie für meine Gesundheit oder die meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.
- Ich stimme zu, dass die Ergebnisse länger als die gesetzliche Frist von 10 Jahren gespeichert werden. Ein Anspruch auf die Speicherung besteht nicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.
- Laut Gendiagnostikgesetz muss nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach 10 Jahren oder auf Ihren Wunsch hin sofort vernichtet werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) länger als die gesetzliche Frist aufbewahrt wird und für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Das verbleibende genetische Material übereigne ich dem untersuchenden Labor in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.

Ich habe den Text gelesen und verstanden. Ich bin mit allen Punkten einverstanden.

Mein Hausarzt/Facharzt soll einen Bericht bekommen. Ich bekomme auch einen Bericht.

(Unzutreffendes bitte streichen)

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

.....  
Ort, Datum



.....  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

.....  
Unterschrift Arzt/Ärztin



## Befund

Wenn **alle** Labor-Ergebnisse vorliegen, schreibt Ihr Arzt / Ihre Ärztin auf Grundlage der Ergebnisse, den Informationen aus dem Fragebogen und dem Arztgespräch einen Befundbrief mit Diagnosen, Begutachtungen und Therapie-Empfehlungen.

Dieser Brief wird im Anschluss postalisch zu Ihnen nach Hause oder elektronisch an Sie, sowie nach Möglichkeit über die Telematik Infrastruktur elektronisch zu Ihrem Hausarzt bzw. überweisenden Arzt versandt.

Ich habe eine E-Mail-Adresse (siehe Seite 2) und willige ein, dass die Praxis mir meine Dokumente per E-Mail zuschicken darf. Beim Versand wird ggf. nur eine Transportverschlüsselung und keine Inhaltsverschlüsselung verwendet.

## Einwilligung in die Datenweitergabe

Es ist uns nur mit Ihrer Einwilligung erlaubt, Dritte über Ihre Behandlung zu informieren. Andernfalls ist uns eine adäquate Information der Mit- und Nachbehandler dann nicht möglich. In Frage kommen Ärzte / Krankenhäuser und Angehörige, Partner, Kinder, etc.

1. Name überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

2. Name Hausarzt: \_\_\_\_\_

3. Name Physiotherapeut: \_\_\_\_\_

4. Name Hebamme: \_\_\_\_\_

5. Name Psychologe: \_\_\_\_\_

6. Angehörige / Dritte Person:

_____	_____	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb.-Datum
_____	_____	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb.-Datum
_____	_____	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb.-Datum

**Nein** Falls Sie keine Weitergabe an Dritte wünschen.

Einwilligung zur Befundanforderung bei / durch Haus- und Fachärzten\*innen sowie Krankenhäusern

Ich bin einverstanden  ja  nein

Einwilligung zur Datenweitergabe zu Terminvereinbarung bei Ärzten oder Krankenhäusern

Ich bin einverstanden  ja  nein

## Datenschutzerklärung

Ich habe die Datenschutzerklärung, mit Verweis auf das Auskunfts- und Beschwerdeformular von personenbezogenen Daten, welche im Wartebereich ausliegt und auf der Homepage [www.cbtmed.de](http://www.cbtmed.de) hinterlegt ist, zur Kenntnis genommen. Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO jederzeit für die zukünftige Verarbeitung schriftlich widerrufen kann.

Patient\*in:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Bei minderjährigen und betreuungspflichtigen Patienten  
gesetzliche\*r Vertreter\*in:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in / gesetzliche\*r Vertreter\*in

## Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels eines Kalendersystems per SMS oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind.

**Ja** Ich möchte Terminerinnerungen erhalten.  Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

E-Mail (s.o.) \_\_\_\_\_

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO jederzeit für die zukünftige Verarbeitung schriftlich widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in / gesetzliche\*r Vertreter\*in

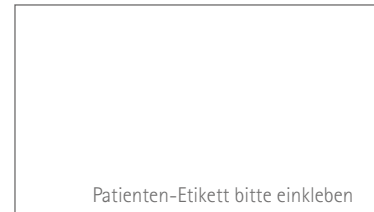
**Nein** Ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in / gesetzliche\*r Vertreter\*in

## Weitergabe persönlicher Daten Einverständniserklärung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Anschluss an die Untersuchungen und ggf. Behandlungen im CBT Bonn MVZ GmbH, nachfolgend CBT genannte, erhalten Sie eine Rechnung.

Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, erfolgt die Liquidation durch die ABV Gesellschaft für Arzt-abrechnung - betriebswirtschaftliche Beratung - Verrechnungssysteme GmbH, (45470 Mühlheim a. d. Ruhr, Obere Saarlandstraße 3 und 76255 Ettlingen, Weberstraße 55), an die das CBT die Honorarforderung abgetreten hat.

Die ABV ist damit als Forderungsinhaber Ihr Ansprechpartner. Durch die Abtretung des Arzthonorars wäre das CBT in einem streitigen Verfahren lediglich Zeuge, so dass Sie sich bei eventuellen Streitfällen mit der ABV auseinandersetzen müssten. **Die Rechnung wird aber nach den Anweisungen des CBT erstellt und ist für Sie mit keinerlei Mehrkosten verbunden.**

Zur Rechnungserstellung ist die Übermittlung Ihrer persönlichen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen und Diagnosen an die Abrechnungsgesellschaft erforderlich.

Alle Daten werden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen vom Abrechnungsunternehmen, das ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, vertraulich behandelt und nur zur Rechnungserstellung und Einziehung verwendet.

### Hinweis zu den Kosten und zur Kostenübernahme

Sollte Ihre private Krankenkasse die Kosten für die Behandlung nicht übernehmen, sind Sie verpflichtet, selbst die Kosten für die vom CBT erbrachten Leistungen zu begleichen.

Die Kosten für eine Blutgerinnungsuntersuchung betragen bei Abklärung einer Blutungs- oder Thromboseneigung bis zu ca. 1.200 bis 2.000 Euro. Die Höhe der Kosten ist nicht durch mehrfache Sätze der Privatliquidation begründet, sondern durch die spezifischen Untersuchungsverfahren. Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ gemäß den üblichen Steigerungssätzen.

Dabei können die Kosten je nach individueller Fragestellung auch darüber liegen, insbesondere wenn genetische Untersuchungen erforderlich werden. Es besteht die Möglichkeit zur Erstellung eines Kostenvoranschlags. Auch sind wir Ihnen behilflich bei der Korrespondenz mit Ihrer Krankenkasse bzw. Ihrem Kostenträger falls diese Rückfragen haben oder den Kostenübernahmeantrag ablehnen.

In Abhängigkeit der klinischen Fragestellung können entsprechende Untersuchungen in einem Fremdlabor notwendig werden. In diesem Fall erhalten Sie von dem Fremdlabor eine gesonderte Rechnung und erklären sich einverstanden, die Kosten des Fremdlabors zu übernehmen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit unserem Abrechnungsverfahren und der Abtretung der Honorarforderungen an die ABV für jede zukünftige ärztliche Behandlung durch das CBT - bis auf Widerruf - einverstanden.

Ich bin mit diesem Abrechnungsverfahren einverstanden.

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO für die zukünftige Verarbeitung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

Ort, Datum



Unterschrift Patient\*in / gesetzliche\*r Vertreter\*in

## Fragebogen zur Feststellung eines *Mastzellmediatorsyndroms*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Um feststellen zu können, ob Ihre Beschwerden auf einer unangemessenen Freisetzung von Mastzellbotenstoffen beruhen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. **Bitte geben Sie alle Beschwerden an, auch dann, wenn Sie Ihnen nur als geringfügig belastend, selten auftretend oder nicht mit den Hauptbeschwerden in Zusammenhang stehend erscheinen.** Sollten Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens haben, wenden Sie sich bitte an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt. Die umrandeten Abschnitte des Fragebogens werden von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt ausgefüllt. Sollten Ihnen die darin abgefragten Angaben bekannt sein, dürfen Sie diese natürlich an der entsprechenden Stelle eintragen.

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>
Es bestehen Schmerzen im Bauch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Schmerzen sind		
brennend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
krampfartig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begleitet von Durchfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bauch ist		
stark gebläht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Verlauf der Beschwerden ist/war episodisch.	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
Die beschwerdefreien Intervalle sind mit der Zeit immer kürzer geworden.	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
Es tritt episodisch Übelkeit auf.	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<i>die auf eine Therapie mit 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten und/oder H<sub>1</sub>-Antihistaminika prompt anspricht.</i>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
Episodisch, anfallsartig treten brennende und/oder erstickende Schmerzen im Brustraum auf, die mitunter lebensbedrohlich erscheinen. Mein Arzt konnte im EKG keinen auffälligen Befund erkennen.	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen, die auf Schmerzmittel nicht ansprechen, und/oder Fehlgefühle (Kribbeln, Taubheitsgefühl, und ähnliches) treten episodisch oder anhaltend auf.	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
Bei mir treten immer wieder oder dauerhaft Schmerzen in der Harnblase und/oder im Beckenbereich auf, begleitet von quälendem Harndrang und/oder Blut im Urin. Bakterien waren im Urin nicht nachweisbar.	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<i>In der Ösophago-Gastro-Duodenoskopie bzw. den zugehörigen Biopsien waren zu sehen</i>		
<i>kein pathologischer Befund.</i>	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<input type="checkbox"/>
<i>oder</i>		
<i>geringe Entzündungszeichen.</i>	<input type="checkbox"/> <b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<i>oder</i>		



	<i>Helicobacter pylori- und NSAR-negative Erosionen und/oder Ulcera.</i>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
oder	<i>Mastzellnester und/oder spindelförmige Mastzellen und/oder CD25-positive Mastzellen</i>	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>
oder	<i>fokale und/oder disseminierte dichte Infiltrate von morphologisch unauffälligen Mastzellen</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<i>In der Koloskopie bzw. den zugehörigen Biopsien waren zu sehen</i>	<i>kein pathologischer Befund.</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
oder	<i>geringe Entzündungszeichen</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
oder	<i>Melanositis coli bei gesichert fehlendem Anthrachinonabusus</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
oder	<i>Mastzellnester und/oder spindelförmige Mastzellen und/oder CD25-positive Mastzellen</i>	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>
oder	<i>fokale und/oder disseminierte dichte Infiltrate von morphologisch unauffälligen Mastzellen</i>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

Bei mir wurde in der Vergangenheit eine Bauchspiegelung und/oder eine Bauchoperation durchgeführt. In diesem Zusammenhang berichtete mir der Operateur, dass er zahlreiche Verwachsungsstränge im Bauch gesehen hätte.

1

Während der Krankheitsphasen besteht im Analsbereich Juckreiz.

1

Bei mir kommt es anfallsweise

zu Herzrasen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
zu einer Rötung der Haut, vor allem am Oberkörper und im Gesicht (Flush)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
zu Hitzewallungen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
zum Abfall des Blutdrucks mit Schwindel und/oder Bewußtseinsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und/oder zu einer vorübergehenden Blutdrucksteigerung	} 2	<input type="checkbox"/>

Bei mir besteht bereits bei alltäglichen Verrichtungen eine ausgeprägte körperlicher Schwäche und Erschöpfbarkeit.  1

Manchmal treten Anfälle einer bleiernen Müdigkeit auf, so dass mir die Augen zwanghaft zufallen.  1

Es gibt Phasen der Erkrankung, in denen es bei mir zu einer Gewichtsabnahme kam/kommt.  1

Körpergewicht kg

Körpergröße cm

Bei mir können durch folgende Maßnahmen Beschwerden oder eine Verschlimmerung von bestehenden Beschwerden provoziert werden:

Körperliche Anstrengung  0

Hitze  0

Kälte  0

Stress  0

Alkoholgenuß  0

Schlafentzug, d.h. wenn ich mehr als 24 Stunden wach gewesen bin  1

Hungerphase, d.h. wenn ich den ganzen Tag nicht dazu gekommen bin, etwas zu essen  1

Verzehr histaminhaltiger Lebensmittel (wie Rotwein, Käse, Thunfisch)  1

Bei mir besteht eine Neigung zu ungewöhnlichem Nachbluten (bei Frauen auch eine verstärkte Monatsblutung) oder zur Bildung von Blutergüssen nach geringfügigen Verletzungen.  1

*Während der Krankheitsphasen war mindestens einmal eine geringgradige Hyperbilirubinämie (bis ca. 2,5 mg%) und/oder*

*Erhöhung der Transaminasen  $\gamma$ GT und/oder*

*GPT und/oder*

*GOT und/oder*

*Hypercholesterinämie (bei Normal- oder Untergewicht)*   
*festzustellen*

1

*bei gleichzeitiger Erhöhung der Transaminase GOT auf mehr als das Zehnfache.*

-1

*Das Vorliegen eines M. Meulengracht oder einer anderen hereditären Hyperbilirubinämie ist molekulargenetisch gesichert (bei Hyperbilirubinämie ist diese Untersuchung unumgänglich).*

-1

*Es bestehen niedrigtitrige Autoantikörper ohne eine entsprechende Organsymptomatik.*

1

#### Mastzellmediatoren

*Die Konzentration der Tryptasen im Serum war normal.*  
*oder*

0

*war grenzwertig erhöht.*

3

oder war um mehr als das Doppelte des Normwerts erhöht.	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>
Der Gehalt an N-Methylhistamin im Sammelurin war normal.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
oder war grenzwertig erhöht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
oder war bis zum 10-fachen des Normwerts erhöht.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
oder war um mehr als das 10-fache des Normwerts erhöht.	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>
Die Konzentration von Chromogranin A im Serum war normal.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
oder war erhöht (nach Ausschluß anderen Ursprungs).	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Die Konzentration von Heparin und/oder von Faktor VIII und/oder von Fibrinolyseparameter im Blut war normal.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
oder war pathologisch erhöht (nach Ausschluß von Blutungserkrankungen).	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
<u>Sonstige auffällige Laborbefunde</u> (bitte mit Werten benennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ***Bildgebende Verfahren***

Milz   
und/oder  
Leber   
ist/sind sonografisch vergrößert.  1   
Besondere Befunde:

In der Vergangenheit wurde bei mir im Rahmen einer Knochendichtemessung eine Osteoporose bzw. Osteopenie diagnostiziert.  
und/oder  
Im Ganzkörperszintigramm fanden sich Bereiche eines gesteigerten Knochenstoffwechsels ohne erkennbare Ursache.  1

Von meinen erstgradigen Verwandten (Eltern; Geschwister und/oder Kinder ggf. ergänzen) sind/waren ebenfalls an einer Erkrankung mit gleicher oder ähnlicher Symptomatik (wie Darmbeschwerden, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Lungenbeschwerden, Allergien, migräneartige Kopfschmerzen, Schmerzen ohne erkennbare Ursache, Hautveränderungen, Nesselsucht, Juckreiz, Fließschnupfen, wiederkehrende Augenreizungen, Ohrgeräusche, Neigung zu blauen Flecken) erkrankt:    
Mutter:

Vater:

Bei mir treten folgen Hautveränderungen auf :

- Nesselsucht
- Schwellungen insbesondere im Gesichtsbereich (Lippe, Wangen, Augenlider)
- rotbraunen Flecken und/oder Knoten in der Haut  2
- Juckreiz mit und ohne Hauterscheinungen
- Während der Erkrankungsphase kommt es im Nasen-Lippen-Winkel, am Kinn und auf der Stirn zu Hautveränderungen, die wie ein Akne aussehen.  1
- eine deutliche Zunahme der Anzahl von punktförmig erweiterten Hautgefäßen.  1

Bei mir sind folgende allergische Erkrankungen bekannt:

Bei mir bestehen folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Bei mir kommt es anfallsartig zu Kopfschmerzen, die auch einseitig pochend sein können.  1

Ich bemerke bei mir wiederholt Wortfindungsschwierigkeiten und/oder Konzentrationsschwierigkeiten und/oder Schlaflosigkeitsepisoden.  1

Bei mir kommt es wiederholt oder dauerhaft zu

- Ohrgeräuschen und/oder
- Augenbeschwerden (trockene Augen, juckende und gerötete Augen, brennende Augen) und/oder
- Fließschnupfen/chronisch verstopfte Nase und/oder
- zu Entzündungen der Mundschleimhaut (Aphten).  1

Bei mir kommt es anfallsartig zu folgenden Atembeschwerden:

- Räsperzwang / Reizhusten
- Gefühl der Kurzatmigkeit
- asthmaartigen Beschwerden  1

Nach Erkältungskrankheiten ist es bei mir in der Vergangenheit wiederholt anschließend zu einer zusätzlichen bakteriellen Infektion (z.B. eitrige Bronchitis, eitrige Nebenhöhlenentzündung) gekommen.  1

Ich kann den zeitlichen Beginn der jetzigen Magen- und/oder Darmbeschwerden sowie der Einschränkung des Allgemeinbefindens relativ genau angeben, weil er mit einem erinnerlichen Ereignis verknüpft war.  1

Wenn ja, wann und welches/welche Ereignis/se ?

Zur Zeit nehme ich folgende Medikamente regelmäßig oder bei Bedarf ein (bitte auflisten):

## Auswertung

Die im Anhang aufgeführten Differentialdiagnosen sollten ausgeschlossen sein. Zur Auswertung der Checkliste sind die rechts neben den jeweiligen Kästchen notierten Zahlenwerte zu addieren. Die kursiv gedruckten Untersuchungen müssen für eine Diagnosestellung nicht zwingend durchgeführt worden sein. Die betreffenden Punkte können bei fehlendem Befund übersprungen werden. Die Durchführung der anderen Untersuchungen ist für eine zuverlässige Diagnosestellung unabdingbar. Liegt der Summenwert über 8 aber unter 14 Punkten, ist eine pathologische Aktivierung von Mastzellen als Beschwerdenursache zu vermuten. Bei einem Summenwert von 14 und mehr Punkten kann die Diagnose **Mastzellmediatorsyndrom** als klinisch gesichert angesehen werden.

**Summe der Punkte:**

**Diagnose: Mastzellmediatorsyndrom**

**Erkrankungen, die verschiedene Symptome verursachen können, die auch bei einem Mastzellmediatorsyndrom auftreten und die daher entsprechend berücksichtigt werden müssen (in Klammern Strategien zum Auschluss der Erkrankung). Nicht bestehende Erkrankungen ausstreichen.**

### Endokrine Erkrankungen

Diabetes mellitus (Laborwertbestimmung)  
 Porphyrie (Laborwertbestimmung)  
 Hereditäre Hyperbilirubinämien (Laborwertbestimmung)  
 Schilddrüsenerkrankungen (Laborwertbestimmung)  
 Morbus Fabry (klinisches Bild, molekulargenetische Untersuchung)

### Gastrointestinale Erkrankungen

Helicobacter-positive Gastritis (Gastroskopie, Gewebeuntersuchung)  
 Infektiöse Enteritis (Stuhluntersuchung)  
 Parasitosen (Stuhluntersuchung)  
 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Endoskopie, Gewebeuntersuchung)  
 Primäre Zöliakie (Laborwertbestimmung, Gewebeuntersuchung)  
 Laktose- oder Fruktoseintoleranz (Belastungstest)  
 Mikroskopische Colitiden (Endoskopie, Gewebeuntersuchung)  
 Amyloidose (Endoskopie, Gewebeuntersuchung)  
 Briden, Volvulus u. ä. (Anamnese, bildgebende Untersuchungen)  
 Hepatitis (Laborwertbestimmung)  
 Cholelithiasis (bildgebende Untersuchungen)

### Immunologische / neoplastische Erkrankungen

Carcinoidtumor (Laborwertbestimmung)  
 Phäochromozytom (Laborwertbestimmung)  
 Pankreatische endokrine Tumoren [Gastrinom, Insulinom, Glukagonom, Somatostatinom, VIPom] (Laborwertbestimmung)  
 Primäre gastrointestinale Allergien (Anamnese)  
 Hypereosinophiles Syndrom (Laborwertbestimmung)  
 Hereditäres Angioödem (Anamnese, Laborwertbestimmung)  
 Vaskulitis (klinisches Bild, Laborwertbestimmung)  
 Intestinale Lymphome (bildgebende Untersuchungen)