

# Integrierter Multisystem-Fragebogen

## MCAS – Fatigue – ME/CFS – Long COVID – Dysautonomie

### 1. Persönliche Angaben

männlich  weiblich  divers

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Beruf \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

### Gesundheitsbezogene Basisangaben

Rauchen Sie aktuell?

nein  ja:  gelegentlich  regelmäßig

ehemals bis: \_\_\_\_\_

Besteht eine chronische Lungenerkrankung?

nein  Asthma bronchiale:  allergisch  belastungsinduziert  Mischform

COPD / chronische Bronchitis

Wurde bei Ihnen ein **Grad der Behinderung (GdB)** festgestellt?

nein  ja: GdB \_\_\_\_\_ %

Besteht ein anerkannter **Pflegegrad**?

nein  ja: Pflegegrad

**Hinweis:** Diese Angaben helfen uns, Ihre gesundheitliche Gesamtsituation besser einzuordnen und notwendige Untersuchungen sowie organisatorische Aspekte (z. B. Terminplanung, Belastbarkeit) angemessen zu berücksichtigen.

## 2. Subjektive Priorisierung & Erwartungen

Bitte nennen Sie Ihre drei aktuell belastendsten Symptome:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung im ZPSE?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. Aktuelle Hauptbeschwerden

Welche Beschwerden stehen derzeit im Vordergrund? (Mehrfachnennungen möglich)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausgeprägte Erschöpfung / Fatigue                                | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden  |
| <input type="checkbox"/> Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme („Brain Fog“)            | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen (Kopf, Muskeln, Gelenke)                               | <input type="checkbox"/> Schwindel / Kreislaufprobleme                                 |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen  | <input type="checkbox"/> Atemnot   |
| <input type="checkbox"/> Schnelle Überforderung bei körperlicher oder geistiger Belastung | <input type="checkbox"/> Neurologische Symptome (Kribbeln, Taubheit, Missempfindungen) |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____  |  |

Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

Gab es ein mögliches auslösendes Ereignis?

- nein       ja:     Infektion    Impfung    starke Belastung    Unfall    Operation

## 4. Aktuelle Haut- & mastzelltypische Beschwerden

Treten bei Ihnen aktuell oder wiederholt folgende Symptome auf?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen / Flush                         | <input type="checkbox"/> Nesselsucht / Quaddeln                                  |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz                                     | <input type="checkbox"/> Schwellungen von Lippen, Gesicht, Augenlidern o. Rachen |
| <input type="checkbox"/> Schleimhautschwellungen (z. B. Nase, Rachen) | <input type="checkbox"/> Plötzliche Hautreaktionen ohne klaren Auslöser          |

Gab es schon einmal eine schwere allergische Reaktion oder Anaphylaxie?

- nein       ja

Besitzen Sie ein Anaphylaxie-Notfallset?

- nein       ja, wurde es bereits angewendet?    nein    ja

## 5. Bekannte Vorerkrankungen / Begleiterkrankungen

(bitte ankreuzen und ausfüllen - Mehrfachnennungen möglich)

- Endokrinologische Erkrankung** insbesondere: Schilddrüsenerkrankungen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis), Diabetes mellitus, Störungen der Geschlechtshormone, Morbus Addison

welche: \_\_\_\_\_

- Endometriose**

- Gastrointestinale Erkrankungen** insbesondere: Reizdarmsyndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Zöliakie, Helicobacter pylori-positive Gastritis, Parasitosen, Cholezystolithiasis, Morbus Meulengracht

welche: \_\_\_\_\_

- Gerinnungsstörung** (Neigung zu Thrombosen und/oder Blutungen)

- Neigung zu Allergien / erhöhtes IgE**

- Chronisch induzierbare Urtikaria / Urticaria factitia**

- Nahrungsmittelunverträglichkeiten**  Histamin  Fructose  Laktose  Gluten  andere: \_\_\_\_\_

- Asthma bronchiale**  allergisch  belastungsinduziert  Mischform

- Chronische Bronchitis / COPD**

- Chronische Rhinitis / Sinusitis**

- Orthostatische Dysregulation / orthostatische Intoleranz**

- Posturales Tachykardie-Syndrom (POTS)**

- ME/CFS**

- Post-COVID-Syndrom / Long COVID**

- Hypermobilitätssyndrom / Ehlers-Danlos-ähnliches Muster**

- Neuropsychologische Erkrankungen** (z. B. Depression, Angststörung)

welche: \_\_\_\_\_

- Neurodiverse Ausprägung** (z. B. ADHS, Autismus-Spektrum)

- Migräne**

- Fibromyalgie**

- Neurodermitis**

- Infektiöse Erkrankungen** insbesondere: Hepatitis, EBV, CMV, HIV, Borreliose

welche: \_\_\_\_\_

- Onkologische Erkrankungen** insbesondere: Karzinoidtumoren, Bauchspeicheldrüsentumoren, Lymphome

welche: \_\_\_\_\_

- Operationen** welche: \_\_\_\_\_

- Weitere relevante Vorerkrankungen** (z. B. Porphyrien, Amyloidose, Morbus Fabry, rheumatische Erkrankungen)

welche: \_\_\_\_\_

## 6. Einschränkungen im Alltag / Funktionsniveau

Um Ihre aktuelle Belastbarkeit möglichst objektiv einschätzen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Die Einordnung orientiert sich an etablierten Skalen aus der ME/CFS-Diagnostik (u. a. Bell-Score).

### 6.1 Aktueller Schweregrad der Einschränkung

Bitte wählen Sie die Beschreibung aus, die Ihre aktuelle Situation am besten trifft:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Grad 1 – leichte Einschränkung</b>      | Ich bin überwiegend selbstständig und mobil. Alltägliche Aktivitäten (Arbeit, Haushalt, soziale Kontakte) sind möglich, führen aber zu schneller Erschöpfung oder erfordern bewusste Pausen.  |
| <input type="checkbox"/> <b>Grad 2 – mäßige Einschränkung</b>       | Ich bin deutlich eingeschränkt. Berufliche oder alltägliche Aktivitäten sind nur noch eingeschränkt oder in reduziertem Umfang möglich (z. B. Teilzeit, häufige Pausen). Nach Belastung kommt es häufig zu einer deutlichen Verschlechterung. |
| <input type="checkbox"/> <b>Grad 3 – schwere Einschränkung</b>      | Ich bin überwiegend hausgebunden. Alltägliche Tätigkeiten sind nur noch sehr eingeschränkt möglich. Schon geringe körperliche oder geistige Belastung führt zu deutlicher Symptomverschlechterung.  |
| <input type="checkbox"/> <b>Grad 4 – sehr schwere Einschränkung</b> | Ich bin überwiegend bettlägerig oder stark immobil. Selbst grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens sind nur noch eingeschränkt oder mit Hilfe möglich.  |

### 6.2 Bell-Disability-Score

#### Bell Disability Scale (BDS)

Die **Bell Disability Scale** beschreibt Ihre **Funktionsfähigkeit im Alltag** auf einer Skala von **0 bis 100 Punkten**. Bitte wählen Sie den Wert, der Ihre **durchschnittliche Funktionsfähigkeit in den letzten Wochen** am besten beschreibt. **Wichtig:** Es geht nicht um einzelne gute oder schlechte Tage, sondern um Ihren überwiegenden Zustand.

#### Bell Disability Scale – Orientierungshilfe

- 100 Punkte: Voll arbeitsfähig, keine Einschränkungen, normale Aktivität möglich
- 90 Punkte: Leichte Symptome, volle Aktivität möglich, geringe Einschränkungen
- 80 Punkte: Deutliche Symptome, Alltag und Arbeit noch möglich, aber eingeschränkt
- 70 Punkte: Reduzierte Leistungsfähigkeit, Arbeit nur eingeschränkt möglich
- 60 Punkte: Deutlich eingeschränkt, keine Vollzeitarbeit möglich, Alltag noch selbstständig
- 50 Punkte: Überwiegend hausgebunden, leichte Tätigkeiten möglich
- 40 Punkte: Meist hausgebunden, nur kurze Aktivitäten möglich
- 30 Punkte: Überwiegend bettlägerig, geringe Selbstversorgung
- 20 Punkte: Weitgehend bettlägerig, nur minimale Aktivität möglich
- 10 Punkte: Vollständig bettlägerig, auf Hilfe angewiesen
- 0 Punkte: Schwerste Einschränkung, vollständige Pflegebedürftigkeit

Bitte tragen Sie Ihren aktuellen Bell-Score ein:  Punkte

### 6.3 Verlauf – beste Phase der letzten 6 Monate

Bitte geben Sie an, wie hoch Ihre **beste erreichte Alltags-Leistungsfähigkeit** in den letzten 6 Monaten war, bezogen auf **100 % volle Leistungsfähigkeit im Alltag**.

Beste Phase der letzten 6 Monate: \_\_\_\_\_ %

### 6.4 Optional: schlechteste Phase

Falls es in den letzten 6 Monaten Phasen mit deutlicher Verschlechterung gab.

Schlechteste Phase der letzten 6 Monate: \_\_\_\_\_ %

## 7. Belastungsreaktionen / Post-Exertionelle Malaise (PEM)

Viele der hier abgefragten Symptome betreffen die Reaktion Ihres Körpers auf körperliche, geistige oder emotionale Belastung. Bitte beantworten Sie die Fragen unabhängig davon, ob einzelne Aspekte bereits an anderer Stelle erwähnt wurden.

### 7.1 Auftreten einer belastungsabhängigen Verschlechterung

Kommt es bei Ihnen nach körperlicher, geistiger oder emotionaler Belastung zu einer deutlichen Verschlechterung Ihrer Symptome?

nein  ja

Wenn ja, tritt diese Verschlechterung typischerweise auf:

innerhalb von Minuten  nach 1–6 Stunden  
 nach 6–24 Stunden  erst am nächsten Tag oder später

### 7.2 Art der auslösenden Belastung

Welche Formen von Belastung können bei Ihnen eine Verschlechterung auslösen? (Mehrfachnennungen möglich)

Körperliche Belastung (z. B. Gehen, Haushalt, Treppensteigen)  Geistige Belastung (z. B. Konzentration, Gespräche, Bildschirmarbeit)  
 Emotionale Belastung (z. B. Stress, Aufregung)  Soziale Aktivitäten  
 Reizbelastung (Licht, Geräusche, Gerüche)

### 7.3 Dauer der Verschlechterung

Wie lange hält die Verschlechterung Ihrer Symptome typischerweise an?

< 1 Stunde  1–6 Stunden  
 6–24 Stunden  1–3 Tage  
 länger als 3 Tage

### 7.4 Schweregrad der Belastungsreaktion

Wie stark ist die Verschlechterung im Vergleich zu Ihrem „Normalzustand“?

leicht (spürbar, aber gut kompensierbar)  mäßig (deutliche Einschränkung, Ruhe erforderlich)  
 schwer (Alltag kaum möglich, Rückzug notwendig)  sehr schwer (weitgehend bettlägerig, Hilfe erforderlich)

### 7.5 Zusammenhang mit Funktionsniveau 6.

Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr **Funktionsniveau (Bell-Score)** nach Belastung deutlich verschlechtert?

nein  ja, um etwa \_\_\_\_\_ %

Wie lange dauert es, bis Sie wieder Ihr vorheriges Funktionsniveau erreichen?

innerhalb von 24 Stunden  innerhalb von 2–3 Tagen  
 innerhalb von 1 Woche  länger als 1 Woche  
 aktuell keine vollständige Erholung

## 8. Energiehaushalt & Pacing

Wie gut gelingt Ihnen die Einteilung Ihrer Energie?

- gut       wechselhaft       schlecht

Häufigkeit von „Crashes“:

- selten       monatlich       wöchentlich       mehrfach wöchentlich

## 9. Kreislauf & autonome Symptome

- Herzrasen / Tachykardie       Schwindel / Schwarzwerden       Blutdruckschwankungen  
 Ohnmachtsgefühl       Beschwerden beim Aufstehen       Kalte Hände/Füße (Raynaud-ähnlich)

## 10. Atemwege

- Asthma       Pfeifende Atmung       Engegefühl in der Brust  
 Kurzatmigkeit in Ruhe       Kurzatmigkeit bei Belastung

## 11. Ernährung

Wie ernähren Sie sich aktuell überwiegend?

- omnivor (mit Fleisch und Fisch)       omnivor, überwiegend pflanzenbetont       vegetarisch  
 vegan       ketogen / low carb       carnivor  
 andere Ernährungsform: \_\_\_\_\_

Bekannte Unverträglichkeiten:       Histamin       Fructose       Laktose       Gluten       andere: \_\_\_\_\_

Geschätzte Proteinzufuhr pro Tag:       < 40 g       40–70 g       70–100 g       > 100 g (Beispiel: 1 Ei ≈ 7 g Protein)

Flüssigkeitszufuhr: \_\_\_\_\_ Liter / Tag

Salzzufuhr:       niedrig       normal       erhöht (Salzen Sie nach?)

## 12. Magen-Darm-Beschwerden

Haben Sie Magen-Darm-Beschwerden       nein       ja

Wenn ja, treten Ihre Magen-Darm-Beschwerden überwiegend auf:

- nüchtern       nach dem Essen       unabhängig von Mahlzeiten  
 nachts       wechselnd

Besteht ein Zusammenhang mit bestimmten Lebensmitteln?

nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie den Eindruck, dass sich Magen-Darm-Beschwerden bei Stress, hormonellen Veränderungen oder Belastung verschlechtern?

nein       ja

Gab es bereits gastroenterologische Untersuchungen (z. B. Magenspiegelung, Darmspiegelung)?

nein       ja, welche / wann: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an, ob die Beschwerden auftreten und wie häufig.

- Sodbrennen / Reflux  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Magenschmerzen  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Druck- oder Völlegefühl  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Krampfartige Bauchschmerzen  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Durchfall  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Verstopfung  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Wechsel zwischen Durchfall / Verstopfung  nein  ja
- Übelkeit  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Erbrechen  nie  1-3×/Monat  unregelmäßig  wöchentlich  nahezu täglich
- Falls Erbrechen auftritt:  nicht selbstinduziert  gelegentlich selbstinduziert  überwiegend selbstinduziert
- Bestehen die Beschwerden überwiegend:  akut  chronisch  schubweise

### 13. Empfindlichkeiten & mögliche Trigger

Viele Beschwerden können durch bestimmte äußere oder innere Reize ausgelöst oder verstärkt werden. Bitte kreuzen Sie an, **auf welche der folgenden Faktoren Sie empfindlich reagieren** oder bei denen Sie eine Verschlechterung Ihrer Symptome beobachten.

#### 13.1 Umwelt- und Materialtrigger

- Schimmel (z. B. Wohnung, Arbeitsplatz, feuchte Räume)
- Schlechte Raumluft (z. B. Renovierungen, neue Möbel, Lacke, Ausdünstungen)
- Abgase / Rauch
- Kunststoffe (z. B. Verpackungen, Möbel, medizinische Materialien)
- Latex (z. B. Handschuhe, Kleidung, medizinische Produkte)
- Reinigungsmittel
- Duftstoffe / Parfüm

#### 13.2 Infekte & immunologische Trigger

- Infekte (z. B. Erkältungen, Virusinfekte, auch leichte Infekte)
- Verzögerte oder verstärkte Symptomreaktion nach Infekten

#### 13.3 Emotionale und körperliche Belastung

- Emotionale Belastung (Stress, Aufregung, Konflikte)
- Psychische Anspannung
- Körperliche Belastung / Überlastung

### 13.4 Temperatur- und Klimaeinflüsse

- Wärme
- Kälte
- Temperaturwechsel (z. B. Wechsel von kalt zu warm)

### 13.5 Sinnesreize

- Licht (z. B. helles Licht, flackerndes Licht, Bildschirmlicht)
- Geräusche
- Gerüche (z. B. Parfüm, Rauch, Reinigungsmittel)

### 13.6 Weitere Trigger

- Wasser (z. B. Duschen, Baden, Schwimmen)
- Nahrungsmittel (unabhängig von bekannten Unverträglichkeiten)

Bekannte Trigger (bitte benennen):

---



---

## 14. Medikamente & Nahrungsergänzungen

Bitte beachten Sie:

Für eine sichere medizinische Einschätzung ist es **sehr wichtig**, dass uns ein **vollständiger und aktueller Medikationsplan** vorliegt.

Dazu zählen **alle regelmäßig oder bei Bedarf eingenommenen Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, z. B.:

- verschreibungspflichtige Medikamente
- frei verkäufliche Medikamente
- Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente
- pflanzliche Präparate
- Infusionen, Inhalationen, Bedarfsmedikation

**Bitte nutzen Sie den Muster-Medikationsplan auf der folgenden Seite.**

Bei Bedarf bitte mehrfach ausdrucken.

#### Zusätzliche Hinweise (falls zutreffend)

Wurden Medikamente oder Nahrungsergänzungen bereits abgesetzt?

nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

Gab es Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen?

nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente nur bei Bedarf ein (z. B. Schmerzmittel, Antihistaminika)?

nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

#### Hinweis für Patient:innen

Auch Nahrungsergänzungsmittel können Wirkungen, Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen haben.

Eine vollständige Übersicht hilft uns, Ihre Beschwerden besser einzuordnen und unnötige Risiken zu vermeiden.



## 15. Infekt- & Impfgeschichte

COVID-19-Infektionen: Anzahl \_\_\_\_\_

Andere relevante Infekte (z. B. EBV, Influenza, Clamydien): \_\_\_\_\_

COVID-19-Impfungen: Anzahl \_\_\_\_\_

Zeitlicher Zusammenhang mit Beschwerden?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

## 16. Frauen-Gesundheit & hormonelle Einflüsse

Ist Ihr Menstruationszyklus aktuell:

regelmäßig  unregelmäßig  nicht mehr vorhanden

Blutungsstärke:

gering  normal  stark

Bestehen zyklusabhängige Beschwerden (z. B. Schmerzen, Stimmungsschwankungen, Erschöpfung)?:

nein  ja:  leicht  mittel  stark

Verschlechtern sich Ihre allgemeinen Symptome (z. B. Erschöpfung, Schmerzen, Kreislauf, MCAS-Symptome) in bestimmten Zyklusphasen?

nein  ja

Leiden Sie unter PMS-Beschwerden (z. B. Reizbarkeit, Wassereinlagerungen, Brustspannen)?

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Wechseljahresbeschwerden: Befinden Sie sich aktuell in der:

nein  Prämenopause  Perimenopause  Postmenopause

Treten bei Ihnen Hitzewallungen auf?

nein  ja:  tagsüber  nachts  beides

Leiden Sie unter Nachtschweiß?

nein  ja:  gelegentlich  häufig  stark

Haben Sie den Eindruck, dass hormonelle Veränderungen Ihren Schlaf, Ihre Erschöpfung oder andere Symptome beeinflussen?

nein  ja

## 17. Schlaf & Schlafverhalten

Haben Sie aktuell Schlafprobleme?  nein  ja

Welche Formen treffen zu? (Mehrfachnennung möglich)

Einschlafstörungen  Durchschlafstörungen  Frühes Erwachen

Stark wechselnder Schlaf-Wach-Rhythmus  Umgekehrter Schlaf-Wach-Rhythmus

Nicht-erholsamer Schlaf trotz ausreichender Schlafdauer

Durchschnittliche Schlafdauer: \_\_\_\_\_ Stunden / Nacht

Schlafqualität insgesamt (0 = sehr schlecht, 10 = sehr gut): : \_\_\_\_\_ /10

Haben Sie Maßnahmen ergriffen, um den Schlaf zu verbessern?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein                | <input type="checkbox"/> Schlafhygiene  | <input type="checkbox"/> Medikamente                      |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungen | <input type="checkbox"/> Hormontherapie | <input type="checkbox"/> Entspannungs- oder Atemtechniken |
| <input type="checkbox"/> andere _____        |   |   |

Wie erfolgreich waren diese Maßnahmen?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> nicht wirksam | <input type="checkbox"/> teilweise wirksam | <input type="checkbox"/> deutlich wirksam |
|--|--|---|

Haben Sie den Eindruck, dass schlechter Schlaf Ihre Erschöpfung, Schmerzen oder MCAS-Symptome verstärkt?

- nein       ja

## 18. Umwelt- & Zahnfaktoren

Gab oder gibt es bei Ihnen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schimmelbelastung (Wohnung / Arbeitsplatz)             | <input type="checkbox"/> Schlechte Raumluft (Renovierungen, neue Möbel, Lacke) |
| <input type="checkbox"/> Starke Reaktionen auf Reinigungsmittel oder Duftstoffe | <input type="checkbox"/> Belastung durch Abgase oder Rauch                     |

Zahn- & Kieferstatus:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen              | <input type="checkbox"/> Kunststofffüllungen |
| <input type="checkbox"/> Keramik- oder Metallfüllungen | <input type="checkbox"/> Zahnimplantate      |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlungen            |  |

Tragen oder trugen Sie:

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aufbiss- / Nachtschiene | <input type="checkbox"/> Retainer |
| <input type="checkbox"/> Zahnspange              |                                   |

Gab es Beschwerden oder starke Reaktionen nach zahnärztlichen Eingriffen?

- nein       ja: \_\_\_\_\_

## 19. Lebensstil

### 19.1 Körperliche Aktivität im Alltag

Wie würden Sie Ihre körperliche Aktivität im Alltag beschreiben? (z. B. Gehen, Treppensteigen, Haushalt, berufliche Tätigkeit)

- |                                      |                                 |                                |                               |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gering | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> hoch |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

Wie würden Sie Ihre körperliche Aktivität im Alltag beschreiben? (z. B. Gehen, Treppensteigen, Haushalt, berufliche Tätigkeit)

Gibt es Tätigkeiten im Alltag, die Ihnen aktuell besonders schwerfallen?

\_\_\_\_\_

## 19.2 Sportliche Aktivität

Üben Sie aktuell Sport oder gezielte körperliche Aktivitäten aus?

nein  ja

Falls ja: Welche Sportarten / Aktivitäten?

---

---

Wie viele Stunden pro Woche insgesamt?

< 1 Stunde  1-2 Stunden  3-5 Stunden  > 5 Stunden

Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Beschwerden durch sportliche Aktivität verschlechtern oder verbessern?

eher Verschlechterung  eher Verbesserung  kein klarer Zusammenhang

## 19.3 Entspannungs- und Ausgleichsverfahren

Nutzen Sie regelmäßig Entspannungs- oder Ausgleichsverfahren?

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

Haben diese Verfahren einen positiven Einfluss auf Ihre Beschwerden?

nein  ja  teilweise

## 19.4 Alkoholkonsum und Nikotin

Trinken Sie Alkohol?

nein  ja

Falls ja, aus welchem Anlass / wofür? (z. B. gesellschaftlich, entspannend, schlaffördernd)

---

Menge:

gelegentlich (z. B. einzelne Gläser)  regelmäßig (z. B. mehrmals pro Woche)  täglich

Falls Sie möchten, können Sie die ungefähre Menge angeben: \_\_\_\_\_

Nikotin:

nein  ja:  Zigaretten  Vape  Pflaster

Wie viel/ oft: \_\_\_\_\_

### Hinweis für Patient:innen

Diese Angaben helfen uns, mögliche Einflussfaktoren auf Ihre Beschwerden besser einzuordnen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten

## 19.5 Cannabiskonsum

Nehmen Sie Cannabis ein?

nein  ja:  gelegentlich  regelmäßig

Form:

inhalativ  oral (z. B. Öl, Tropfen...)  medizinisch verordnet  nicht medizinisch

Grund der Einnahme (z. B. Schmerzen, Schlaf, Appetit, andere):

## 19.6 Drogen / Substanzen

Nehmen Sie aktuell oder in der Vergangenheit weitere Drogen oder psychoaktive Substanzen ein bzw. haben diese eingenommen?

nein  ja

Falls ja, Art der Substanz(en):

gelegentlich  regelmäßig  in der Vergangenheit

## Differenzialdiagnostische Symptomabfrage

Im bisherigen Fragebogen haben Sie Ihre Beschwerden bereits umfassend beschrieben.

Viele dieser Symptome können jedoch im Zusammenhang mit **unterschiedlichen Krankheitsbildern** auftreten und je nach medizinischem Fachgebiet unterschiedlich eingeordnet werden.

Um Ihre Symptomatik **differenziert und interdisziplinär** bewerten zu können, folgt nun ein weiterer Fragebogenteil, in dem einzelne Symptome nochmals gezielt abgefragt werden.

Dabei wird es **bewusst zu Wiederholungen und Überschneidungen** mit dem vorherigen Abschnitt kommen. Diese sind **konzeptionell gewollt**, da sie uns helfen, Ihre Beschwerden im Kontext verschiedener möglicher Differenzialdiagnosen systematisch einzuordnen.

Wir bitten Sie daher, auch den folgenden Abschnitt **ebenso sorgfältig auszufüllen**, selbst wenn Ihnen einzelne Fragen bereits bekannt vorkommen.

### Block 1 – Hautreaktionen, Magen-Darm-Beschwerden, Kreislauf

- Wiederkehrende Hautrötungen oder plötzliche Hitzewallungen
- Juckreiz, Quaddeln oder Nesselsucht
- Wiederkehrende Durchfälle, Bauchkrämpfe oder Übelkeit
- Herzklopfen, Schwindel oder Kreislaufprobleme
- Beschwerden nach bestimmten Nahrungsmitteln, Stress oder Medikamenten

### Block 2 – Schwere allergieähnliche Reaktionen

- Wiederkehrende Hautrötungen oder Juckreiz
- Magen-Darm-Beschwerden in Kombination mit anderen Symptomen
- Knochenschmerzen oder tief sitzende Schmerzen
- Kreislaufprobleme bis hin zu Ohnmacht
- Schwere allergieähnliche Reaktionen ohne klaren Auslöser



### Block 3 – Belastungsintoleranz und Erschöpfung

- Ausgeprägte körperliche oder geistige Erschöpfung
- Verschlechterung der Symptome nach Belastung
- Nicht erholsamer Schlaf
- Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme
- Langsame Erholung nach Anstrengung

### Block 4 – Beweglichkeit, Gelenke, Bindegewebe

- Sehr bewegliche oder „überdehnbare“ Gelenke (auch früher)
- Häufiges Umknicken, Ausrenken oder Instabilitätsgefühl
- Chronische Muskel- oder Gelenkschmerzen
- Kreislaufprobleme beim Aufstehen
- Ähnliche Beschwerden bei Familienangehörigen

### Block 5 – Brennende Schmerzen, Hitzeprobleme, Familie

- Brennende oder stechende Schmerzen in Händen oder Füßen
- Probleme mit Hitze oder Kälte
- Wiederkehrende Magen-Darm-Beschwerden ohne klare Ursache Auffällige
- Hautveränderungen (z. B. kleine dunkelrote Flecken)
- Herz-, Nieren- oder Schlaganfallerkrankungen in der Familie in jüngerem Alter

### Block 6 – Muskelschwäche und Atemprobleme

- Zunehmende Schwäche der Oberschenkel- oder Schultermuskulatur
- Schwierigkeiten beim Treppensteigen oder Aufstehen
- Schnelle Ermüdung der Muskulatur
- Luftnot bei geringer Belastung
- Früher auffällige Muskelwerte im Blut (falls bekannt)

### Block 7 – Gewicht, Temperatur, Erschöpfung

- Unklare Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme
- Übermäßiges Frieren oder starkes Wärmeempfinden
- Herzklopfen, Zittern oder innere Unruhe
- Ausgeprägte Müdigkeit oder Leistungsknick
- Beschwerden schwanken stark im Tagesverlauf



### Block 8 – Kreislaufprobleme beim Aufstehen

- Schwindel oder Benommenheit beim Aufstehen
- Herzrasen im Stehen
- Schnelle körperliche Erschöpfung
- Konzentrationsstörungen oder „Gehirnnebel“
- Belastung wird deutlich schlechter vertragen als früher

### Block 9 – Anfallsartige Beschwerden mit Herzrasen und Schwitzen

- Plötzliches starkes Herzrasen ohne erkennbaren Auslöser
- Starkes Schwitzen in einzelnen Anfällen
- Heftige Kopfschmerzen, die schubweise auftreten
- Sehr hohe Blutdruckwerte in einzelnen Situationen
- Angst- oder Panikgefühle, die scheinbar grundlos auftreten

### Block 10 – Wiederkehrende Infekte, Entzündung, Erschöpfung

- Häufige oder ungewöhnlich lang anhaltende Infekte
- Verzögerte Erholung nach Infekten
- Fieber oder erhöhte Temperatur ohne klare Ursache
- Ausgeprägte Erschöpfung
- Bekannte Auffälligkeiten des Immunsystems

### Block 11 – Nervensystem und Schmerzverarbeitung

- Brennende, stechende oder elektrisierende Schmerzen
- Missempfindungen an Haut oder Extremitäten
- Temperaturveränderungen der Haut
- Schmerzen ohne sichtbare Ursache
- Verstärkung der Beschwerden durch Stress oder Hitze

### Block 12 – Leistungseinbruch, Schwellungen, Nervenschäden

- Deutlich verminderte körperliche Belastbarkeit
- Luftnot bei Belastung, die früher gut möglich war
- Schwellungen an Füßen, Beinen oder im Gesicht
- Kribbeln, Taubheit oder Brennen in Händen oder Füßen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

### Block 13 – Flush, Durchfälle, Atemwegsbeschwerden

- Wiederkehrende, plötzliche Hautrötungen (Flush), insbesondere im Gesicht oder Oberkörper
- Anhaltende oder schubweise wässrige Durchfälle
- Atemnot, pfeifende Atmung oder Engegefühl in der Brust, v. a. während der Episoden
- Herzklopfen oder Herzrasen **mit oder ohne starkes Schwitzen** während der Episoden
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust oder deutliche Appetitminderung



### Block 14 – Erschöpfung, Kreislaufprobleme, Belastungsintoleranz

- Ausgeprägte körperliche Schwäche und Erschöpfung**, insbesondere morgens oder nach Belastung, die sich durch Schlaf kaum bessert
- Schwindel, Benommenheit oder Kreislaufprobleme**, vor allem beim Aufstehen oder längerem Stehen
- Niedriger Blutdruck** oder das Gefühl, „nicht stabil im Kreislauf zu sein“
- Ungewollter Gewichtsverlust**, Appetitmangel oder ausgeprägtes Verlangen nach salzigen Speisen
- Zunehmende Verschlechterung bei Stress, Infekten oder körperlicher Belastung**, mit langsamer Erholung danach

### Block 15 – Schwellungen ohne Juckreiz oder Quaddeln

- Wiederkehrende Schwellungen** von Gesicht, Lippen, Augenlidern, Händen, Füßen oder im Genitalbereich, ohne Juckreiz oder Nesselsucht
- Schmerzhafte Bauchattacken** mit Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall, oft ohne klare Ursache
- Schwellungen im Rachen- oder Kehlkopfbereich** oder frühere Episoden mit Engegefühl / Atemnot
- Keine oder nur geringe Wirkung** von Antihistaminika, Kortison oder Adrenalin bei den Schwellungen
- Familiäre Häufung** ähnlicher Schwellungsattacken oder erstmaliges Auftreten bereits in Kindheit oder Jugend

### Block 16 – Wiederkehrende Bauchschmerzen mit neurologischen Begleitsymptomen

- Wiederkehrende, starke Bauchschmerzen, oft kolikartig, ohne erklärenden organischen Befund**
- Neurologische Symptome** während der Episoden (z. B. Muskelschwäche, Lähmungsgefühl, Kribbeln, Sensibilitätsstörungen)
- Psychische oder kognitive Veränderungen während der Beschwerden** (z. B. Angst, innere Unruhe, Verwirrtheit, Schlafstörungen)
- Dunkel verfärbter Urin** (rötlich-braun), insbesondere während akuter Episoden
- Verschlechterung der Symptome durch Medikamente**, Fasten, Infekte, hormonelle Umstellungen oder Stress

### Block 17 – Gelenkschmerzen und Entzündungszeichen

- Gelenkschmerzen mit ausgeprägter Morgensteifigkeit** (> 30 Minuten, ggf. > 60 Minuten)
- Gelenkschwellungen oder Überwärmung**, aktuell oder in der Vergangenheit
- Nächtliche Gelenkschmerzen oder Ruheschmerz**, der nicht lageabhängig ist
- Besserung der Beschwerden durch Bewegung**, Verschlechterung in Ruhe
- Ähnliche entzündlich-rheumatische Erkrankungen** bei Familienangehörigen

### Block 18 – Anhaltende Allgemeinsymptome mit möglicher systemischer Aktivität

- Ich habe ungewollt Gewicht verloren, ohne meine Ernährung bewusst umzustellen
- Ich leide unter nächtlichem Schwitzen, sodass Kleidung oder Bettwäsche gewechselt werden müssen
- Ich habe wiederkehrende oder anhaltende erhöhte Temperaturen, ohne erkennbare Infektzeichen
- Meine Leistungsfähigkeit hat sich schleichend und kontinuierlich verschlechtert, nicht in Schüben
- Die Erschöpfung ist dauerhaft vorhanden und bessert sich kaum oder gar nicht durch Ruhe oder Schlaf