



Persönlicher Überblick über **MEINE SELTENE ERKRANKUNG** für Ärzt:innen und medizinisches Personal

1. PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

- Name: _____
- Geburtsdatum: _____
- Kontakt (Telefon/E-Mail): _____
- Ansprechpersonen im Notfall: _____
 - Name der Kontaktperson: _____
 - Beziehung zur Kontaktperson: _____
 - Telefonnummer: _____

2. DIAGNOSE

- Name der Erkrankung: _____
- Diagnosedatum: _____
- Diagnose durch: _____
[Name der Klinik/des Arztes, der die Diagnose gestellt hat]

3. NOTFALLINFORMATIONEN

- Wichtige Hinweise für den Notfall: _____

[z. B. Medikamente, die **sofort** benötigt werden, bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten]
- Notfallausweis vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, wo wird der Ausweis aufbewahrt? _____
[z. B. Geldbörse, Tasche]
- Sonstige wichtige Informationen: _____





4. BESCHREIBUNG DER ERKRANKUNG

- Symptome:

- Häufigkeit der Symptome: [z. B. täglich, wöchentlich, in Schüben]

- Auslöser für Symptome (falls bekannt): [z. B. Stress, körperliche Belastung, bestimmte Nahrungsmittel]

- Besondere Einschränkungen im Alltag: [z. B. eingeschränkte Mobilität, Konzentrationsprobleme, Müdigkeit]

5. MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

- Aktuelle Medikamente:

Name des Medikamentes	Dosierung	Einnahmehäufigkeit	Zweck

[Medikament 1] | [Dosierung] | [z. B. 2x täglich] | [z. B. Schmerzreduktion]

- Nebenwirkungen: [z. B. Müdigkeit, Übelkeit]





6. NICHT-MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNGEN

- Therapien: [z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologische Betreuung]

- Hilfsmittel: [z. B. Rollstuhl, Gehhilfen, Atemgeräte]

- Ernährungsempfehlungen oder Einschränkungen: [z. B. keine Milchprodukte, spezielle Diät]

7. BISHERIGE BEHANDLUNGEN

- Ärzt*innen oder Kliniken, die mich betreut haben:

Name der Einrichtung / Arzt / Ärztin	Zeitraum	Kontakt

[z. B. Uniklinik ... | Dr. ...] | [Datum] | [Telefon/E-Mail]

- Ergebnisse bisheriger Untersuchungen oder Tests: [z. B. MRT, Bluttests, genetische Untersuchungen]

8. ALLTAG UND PERSÖNLICHE BEDÜRFNISSE

- Wie beeinflusst die Erkrankung meinen Alltag?

[z. B. Schwierigkeiten bei der Schule/Arbeit, eingeschränkte Freizeitaktivitäten]





- Was hilft mir im Alltag? _____
[z. B. regelmäßige Pausen, feste Tagesstrukturen]
- Unterstützung, die ich benötige: _____
[z. B. angepasste Arbeitszeiten, barrierefreie Räume]

9. WEITERE INFORMATIONEN ODER FRAGEN AN ÄRZT*INNEN

- Offene Fragen an mein medizinisches Team: [z. B. Gibt es neue Therapiemöglichkeiten?

- Sonstige Anmerkungen: [z. B. persönliche Erfahrungen, Wünsche hinsichtlich der Behandlung]

10. DATUM UND AKTUALISIERUNG

- Dieses Dokument wurde zuletzt aktualisiert am: _____

Hinweis: Dieses Dokument enthält meine persönlichen Gesundheitsdaten und ist nur für medizinisches Fachpersonal bestimmt. Bitte behandeln Sie es vertraulich.

