

## 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: \_\_\_\_\_
    - Hausarzt (Name und Tel. Nr.): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 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.

