

Vorname: _____ Name: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Mailadresse: _____

Anmeldung in der ANS Ambulanz

Sehr geehrte Patient*innen

Sie haben möglicherweise Beschwerden, wie Schwindel im Stehen mit Ohnmacht oder eine schwere Störung der Blasen- und/oder Darmentleerung. Diese Beschwerden können in seltenen Fällen eine gemeinsame Ursache haben, die in einer Fehlfunktion des autonomen Nervensystems besteht.

Die ANS-Ambulanz ist auf die Diagnose und Therapie von Erkrankungen des autonomen Nervensystems spezialisiert. Sie bietet hierzu eine gezielte ärztliche Untersuchung, spezialisierte Funktionstests sowie ein therapeutisches Gesamtkonzept mit medikamentösen und therapeutischen Empfehlungen, sowie Beratung zu vorbeugenden Maßnahmen. Die Untersuchungen erfolgen in der Regel an mehreren Vormittagen. Zudem führt die ANS-Ambulanz Befunde aus verschiedenen Fachrichtungen (Gastroenterologie, Kardiologie, Urologie etc.) zusammen.

Vor Terminvereinbarung müssen wir prüfen, ob eine Vorstellung sinnvoll ist. Wir behandeln Patienten mit bekannter schwerer Kreislaufstörung (Posturales Tachykardiesyndrom, orthostatischer Hypotonie) sowie Patienten mit v.a. neurogene Störungen der Magen- und Darmpassage sowie Blasenentleerungsstörung, deren Ursache bisher unklar blieb und deren bisherige Therapie schwer ist. Daher möchten wir Sie vor Terminvereinbarung bitten, nachfolgende Fragen zu beantworten und entsprechende fehlende Ausschlussdiagnostik in Rücksprache mit ihrem Hausarzt zu ergänzen. Legen Sie die entsprechenden Befundberichte bitte bei.

Adresse: Klinik für Neurologie, ANS Ambulanz im MZEB, Terminmanagement
Uniklinik RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

Die Terminvereinbarung erfolgt über das Terminmanagement, bevorzugt per Mail über ans-ambulanz@ukaachen.de, Fax 0241 803389606

Bitte bei der Terminvereinbarung bereithalten

- Name der Krankenkasse, Abrechnungsort und Versicherungsnummer.

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Herbert Pfennig

Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. med. Thomas H. Ittel

Kaufmännischer Direktor
Dipl.-Kfm. Peter Asché

Sparkasse Aachen · BIC: AACSD33
BLZ: 390 500 00 · Kto.: 13 004 015
IBAN: DE27 3905 0000 0013 0040 15
Commerzbank AG · BIC: DRESDEFF390
BLZ: 390 800 05 · Kto.: 203 309 400
IBAN: DE79 3908 0005 0203 3094 00
USt-IdNr.: DE813100566

Klinikdirektor
Univ.-Prof. Dr. med. Jörg. B. Schulz

Universitätsklinikum Aachen
Anstalt öffentlichen Rechts (AöR)
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

www.neurologie.ukaachen.de

Sekretariat des Klinikdirektors

Natalie Burdick
Tel.: 0241 80-89600
Fax: 0241 80-82582
neurologie@ukaachen.de

Geschäftsführende Oberärztinnen

Univ.-Prof. Dr. med. Kathrin Reetz
Prof. Dr. med. Simone Tauber

Leitende Oberärzte

Prof. Dr. med. Johannes Schiefer
Klinischer Stellvertreter
PD Dr. med. Cornelius Werner
Sektion Interdisziplinäre Geriatrie

Oberärzte

Dr. med. Johannes Bauschulte
Dr. med. R. Brunkhorst
PD Dr. med. Manuel Dafotakis
PD Dr. med. Burkhard Gess
Junior-Prof. Dr. med. Florian Holtbernd
PD Dr. med. Arno Reich
PD Dr. med. Anne Waschbisch

Sektion Epilepsie

Univ.-Prof. Dr. med. Yvonne Weber
Oberärzte

Dr. med. Ummehan Ermis
Dr. med. S. Wolkong

Anmeldung stationäre Patienten

Tel.: 0241 80-80189
Fax: 0241 80-82200
casemanagement-neurologie@ukaachen.de

Anmeldung ambulante Patienten

Tel.: 0241 80-88410

Anmeldung Privatambulanz

Tel.: 0241 80-89601

Spezialprechstunden

Botulinumtoxin-Behandlung

Parkinson-Erkrankung

Entzündliche ZNS-Erkrankungen

Tel.: 0241 80-88410

Autonome Funktionsdiagnostik

Gedächtnisstörungen

Neuromuskuläre Störungen

Zerebrovaskuläre Störungen

Tel.: 0241 80-85128

Epilepsie

Tel.: 0241 80-85829

Huntington-Erkrankung

Koordinationsstörungen (Ataxie)

Tel.: 0241 80-89609

neurologie-ambulanz@ukaachen.de

Sprach- u. Dysphagieambulanz

Tel.: 0241 80-88426

Schlafstörungen

Tel.: 0241 80-89630

Postausgang

Tel.: 0241 80-85293

Fax: 0241 80-82444

KONTAKT IN NOTFÄLLEN

Notaufnahme

Tel.: 0241 80-80173

Stroke Unit/Intensivstation

Dienstarzt

Tel.: 0241 80-35033

Kontakt zum Stationszimmer

Tel.: 0241 80-89744

Fax: 0241 80-82485

Checkliste zur Abklärung bei Autonomer Neuropathie

Warum benötigen Sie einen Termin in der ANS Ambulanz (Fragestellung)?

Wer überweist Sie in die ANS Ambulanz?

Welche Beschwerden liegen bei Ihnen vor (bitte Passendes ankreuzen/unterstreichen):

- Schwindel und/oder wiederkehrend Ohnmacht aus aufrechter Körperposition heraus/beim Aufrichten, seit _____ Jahren
 - Letzte Ohnmacht: wann _____, Situation: _____
- Probleme, die Blase zu entleeren nein Ja
 - Wenn ja, urologische Abklärung erfolgt? nein Ja Wenn ja, wie hoch ist die Restharmenge? _____ ml
 - bitte urologische Abklärung initiieren, wenn Beschwerden vorliegen, und Befunde vorlegen
- Störung der Darmentleerung ? Erbrechen/ Völlegefühl nach dem Essen
 - nein Ja (Stuhlgang alle _____ Tage)
 - Wenn ja: gastro-enterologische Abklärung muss erfolgt sein, bitte Befund beilegen
- Trockene Haut, Augen oder Schleimhäute
- Taubheitsgefühle, Kribbelgefühle, Ameisenlaufen, Brennen und/oder Schmerzen an Händen und/oder Füßen
- Verändertes Schmerzempfinden an Händen und/oder Füßen
- Verändertes Temperaturempfinden an Händen und/oder Füßen
- Verändertes Berührungsempfinden an den Händen und/oder Füßen
- Andere Beschwerden:

Nehmen oder haben Sie folgende Medikamente eingenommen:

- Metronidazol, Linezolid, Nitrofurantoin, Vincristin, Cisplatin, Paclitaxel, Stauvudin, Flecainid, Bortezomib, Statine
- Wenn ja, welche:

**Liegen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Diagnosen vor
(Passendes bitte ankreuzen und Befunde vom Fachärzt*in mitsenden)**

- Parkinson Erkrankung
- Multisystematrophie
- Pure autonomic failure/ reines autonomes Versagen
- Ehlers Danlos Syndrom (wenn ja, Typ: _____),
Diagnosestellende Ärzt*in _____
- Orthostatische Hypotonie
- Posturales Tachykardiesyndrom
- Zuckerkrankheit (Diabetes), wenn ja, seit _____
- Niereninsuffizienz
- Vitaminmangelzustände, wenn ja, welche: _____
- Polyneuropathie
- Leberentzündung
- Rheuma
- Mastzellaktivierungssyndrom
- Infektionskrankheiten
- Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankungen
- Tumorerkrankungen, wenn ja, welche:

- Andere Erkrankungen: _____

Sind folgenden Untersuchungen bereits erfolgt? Ansonsten sollten diese bitte vor Terminvereinbarung ergänzt werden. Bitte legen Sie alle Befundberichte bei.

Laboruntersuchungen (obligat)

- Kleines Blutbild, Elektrolyte Natrium und Kalium, CK
- Leber-/Nieren-/Schilddrüsenwerte
- HbA1c, Nüchtern Blutzucker
- Folsäure
- Vitamin B12, Methylmalonsäure
- Vitamin B1, Vitamin B6
- Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride
- CRP, BSG
- Rheumafaktor, ANA (anti-Ro/SSA, anti-La/SSB), ANCA

Je nach Beschwerden in Rücksprache mit Ihrem Hausarzt:

- Gfs. Immunfixation, Proteinelektrophorese
- Gfs. Anti CCP, Anti Cardiolipin AK, Kryoglobuline
- Gfs. HIV Test, Hepatitis Serologie, Gfs. Borrelienserologie (nur bei klinischem Verdacht auf Borreliose)
- Gfs. Urinuntersuchung: Proteinurie

Klinik für Neurologie

Wenn Sie Kreislaufbeschwerden haben:

Ist ein Schellong Test (Messung von Blutdruck und Herzfrequenz im Liegen und dann während mind. 3, besser 10 Minuten Stehen) erfolgt?

- Wenn ja, legen Sie bitte das Untersuchungsprotokoll bei
- Wenn nein, bitte vor Terminvereinbarung ergänzen und Untersuchungsprotokoll mitsenden

Bei **Kreislaufbeschwerden/Ohnmacht** sollten vorab immer folgenden Untersuchungen beim Kardiologen erfolgt sein (bitte Ergebnisse einfügen)

- o Herzultraschall
- o Langzeit EKG
- o Langzeit Blutdruckmessung

Bei **Taubheitsgefühlen und Frage nach einer Neuropathie** bitte **Befund beilegen:**

- o Elektrophysiologische Untersuchung: sensible und motorische Nervenleitgeschwindigkeiten Beine und Arme
 - o Unauffällig
 - o Auffällig: _____

Ist bei Ihnen eine Hautbiopsie erfolgt?

- o Ja
- o Nein

Wenn ja, legen Sie bitte den Befund bei.

Wenn uns alle Unterlagen vorliegen, prüfen wir, ob eine Vorstellung möglich ist und melden uns unter der von Ihnen angegebenen E-Mail/ Telefonnummer für einen Termin.

Hiermit bestätige ich, mit den Datenschutzinformationen gemäß Artikel 13 EU-DSGVO (EU-Datenschutzgrundverordnung) der Uniklinik RWTH Aachen einverstanden zu sein und somit der Speicherung meiner Anmelde- und Fragebögen zuzustimmen. (Ohne diese Einwilligung werden Ihre Daten sofort vernichtet).

Datum des Antrags

Unterschrift Antragsteller*in
(Patient*in oder Betreuer*in)

Das Team der ANS Ambulanz