

## Maligne Hyperthermie Anamnesebogen

**Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,  
Notfallmedizin und Schmerztherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Patrick Meybohm, MHBA



**Zentrum für Maligne Hyperthermie**

Leitung: PD Dr. med. Stephan Johannsen

Oberdürrbacher Str. 6

97080 Würzburg

Tel.: 0931/201-30735

Fax.: 0931/201-30039

E-Mail: [an\\_mh@ukw.de](mailto:an_mh@ukw.de)



**ZESE**  
Zentrum für  
Seltene Erkrankungen  
Nordbayern





**Anamnesebogen Zentrum für Maligne Hyperthermie**

**Persönliche Daten**

Name	_____	Vorname	_____
Geschlecht	_____	Geburtsdatum	_____
Straße	_____	PLZ	_____
Wohnort	_____	Telefon	_____
Email	_____	Krankenkasse	_____
Gewicht	_____	Größe	_____

**Anamnese**

Haben Sie Vorerkrankungen? Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Ggf. bitte Medikamentenplan beilegen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht eine familiäre Veranlagung zur Malignen Hyperthermie? Ja  Nein

Wurden bereits Untersuchungen zur Abklärung einer Maligne-Hyperthermie-Veranlagung durchgeführt?

- Genetische Diagnostik (Blutuntersuchung)? Ja  Nein
- In-vitro-Kontrakturtest (Muskelbiopsie)? Ja  Nein

Wenn ja, wann und in welchem Zentrum? \_\_\_\_\_

Wie war das Ergebnis? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Allgemeinanästhesie/Vollnarkose? Ja  Nein

Kam es bei Ihnen zu Komplikationen während einer Narkose? Ja  Nein

Wenn ja, welche Komplikationen bzw. Beschwerden traten auf?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wann und wo (in welchem Krankenhaus) kam es zu diesen Komplikationen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bei welchem Eingriff? \_\_\_\_\_

War eine Behandlung auf der Intensivstation erforderlich? Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen werden benötigt (Ggf. bitte besorgen und beilegen):**

Anästhesieprotokoll vom Zwischenfall vorhanden? Ja  Nein

Operationsbericht vom Zwischenfall vorhanden? Ja  Nein

Dokumentation der intensivmedizinischen Behandlung vorhanden? Ja  Nein

Arztbrief/Entlassbrief vorhanden? Ja  Nein

Laborergebnisse vom Zwischenfall (z.B. Blutgasanalyse, CK) vorhanden? Ja  Nein

Attest/Bescheinigung über Verdacht auf MH vorhanden? Ja  Nein

**Familienanamnese**

Gab es Narkosezwischenfälle bei Ihren Blutsverwandten? Ja  Nein

Wenn ja, bei wem? (Verwandtschaftsgrad, ggf. Name, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wurde bei diesem Blutsverwandten bereits eine MH-Diagnostik durchgeführt? Ja  Nein

• Genetische Diagnostik (Blutuntersuchung)? Ja  Nein

• In-vitro-Kontrakturtest (Muskelbiopsie)? Ja  Nein

Wenn ja, wann und in welchem Zentrum? \_\_\_\_\_

Wie war das Ergebnis? **(Ggf. bitte Kopie des Befundes beilegen)**

---

Falls noch keine MH-Diagnostik bei Ihrem Verwandten erfolgt ist, werden folgende Unterlagen benötigt **(Ggf. bitte besorgen und beilegen):**

Anästhesieprotokoll vom Zwischenfall	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Operationsbericht vom Zwischenfall	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Dokumentation der Intensivmedizinischen Behandlung	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Arztbrief/Entlassbrief	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Laborergebnisse vom Zwischenfall (z.B. Blutgasanalyse, CK)	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Attest/Bescheinigung über Verdacht auf MH	vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

**Anamnese Muskelerkrankungen**

Haben Sie dauerhaft erhöhte CK-Werte? <b>(Ggf. bitte Befunde beilegen)</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Muskelkrämpfen oder muskelkaterartigen Beschwerden?				
a) im Ruhezustand	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
b) nach körperlicher Aktivität	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Muskelerkrankung festgestellt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie bereits in neurologischer Behandlung?

Falls ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine „Muskelstunde“ konsultiert? **(Ggf. bitte Befunde beilegen)**

Ja  Nein

Gibt es Muskelerkrankungen bei Ihren Blutsverwandten?

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem? Welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

---

Wurde eine humangenetische Untersuchung zur Abklärung neuromuskulärer Erkrankungen durchgeführt? **(Ggf. bitte Befunde beilegen)**

Ja  Nein

