1. Angaben zur/m Patientin/en

Name, Vorname (in Druckschrift):

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

2. Ihr Anliegen – bitte wählen Sie eine Möglichkeit

Es besteht der Verdacht auf eine seltene Erkrankung (bitte unten spezifizieren).

Es besteht eine Symptomatik bislang unklarer Genese, die einer multidisziplinären spezialärztlichen universitären Mitbeurteilung bedarf.

- Im Falle der Vorstellung in der interdisziplinären virtuellen Fallkonferenz würde ich die Fallgeschichte des/r Patienten/Patientin selbst vorstellen.

Ja Nein

3. In Ergänzung zu dem oben ausgewählten Anliegen – bitte konkretisieren Sie Ihre Fragestellung an das ZSE

4. Führende Symptomatik – bitte beschreiben

5. Bestehende Diagnosen einschließlich Jahr der Erstdiagnose – bitte vollständige Aufzählung**6. Bisher beteiligte Fachdisziplinen (bitte Befunde vollständig beilegen)**

☐ Allgemeinmedizin	☐ Schmerztherapie	☐ Homöopathie
☐ Psychologie	☐ Psychosomatik	☐ Psychiatrie
☐ Humangenetik	☐ Radiologie/Nuklearmedizin	☐ Pathologie
☐ Kinderheilkunde	☐ Chiropraktik	☐ Chirurgie
☐ Orthopädie	☐ Neurochirurgie	☐ Neurologie
☐ Innere Medizin	☐ Kardiologie	☐ Gefäßmedizin
☐ Diabetologie	☐ Allergologie	☐ Immunologie
☐ Endokrinologie	☐ Rheumatologie	☐ Pneumologie
☐ Gastroenterologie	☐ Hämatologie	☐ Onkologie
☐ Nephrologie	☐ Frauenheilkunde	☐ Urologie
☐ Ophthalmologie	☐ Hals-, -Nasen-, Ohrenheilkunde	☐ Dermatologie
☐ Zahnheilkunde	☐ Umweltmedizin	
☐ Sonstige: _____		

7. Schriftliche Befunde bildgebender Untersuchungen (MRT/CT/Nuklearmedizin/Sonographie/Röntgen) und falls zutreffend OP-Berichte/interventionelle Untersuchungen mit histologischen Ergebnissen einreichen.

8. Für eine seltene Erkrankung spricht (Mehrfachnennungen möglich)

Familiäre Häufung

Multiorgan-Erkrankung

Progredienter Verlauf

Altersuntypisches Auftreten

9. Könnte eine psychosomatische (Begleit-)Symptomatik vorliegen

Ja Nein

10. Die Zustimmung der Patientin / des Patienten zu Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor

Ja Nein

Wichtiger Hinweis!

Folgende Unterlagen werden zusätzlich benötigt:

1. Überweisungsschein Muster 6 an das ZSE MHH
2. Patientenfragebogen (bitte aktuelle Version von der Webseite)
3. Vollständige Vorbefunde in Kopie

Wir bearbeiten die Anfrage nach vollständigem Eingang der Unterlagen.

11. Die notwendigen Unterlagen werden dem ZSE zur Verfügung gestellt von

Behandelnder/m Ärztin/Arzt/Praxis Patient/in

12. Angaben zum Einsender

Name, Vorname

E-Mail-Adresse

Praxis / Klinik

Telefonnummer

Beste telefonische Erreichbarkeit

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Ärztin / Arzt bin

(Datum, Unterschrift)

Ich gestatte dem Zentrum für Seltene Erkrankungen der MHH, mich zwecks Terminabstimmung telefonisch oder per E-Mail zu kontaktieren.

Ja Nein