

Anmeldeformular für Ärztinnen und Ärzte

Angaben zur/m Patientin/en

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Symptomatik (bitte mit der Angabe seit wann diese Symptome auftreten)*

Bisherige Diagnostik inkl. Ergebnisse*:

Details zum Verlauf (schwerwiegende Ereignisse, Therapie und Medikamenteneinnahme)*:

Könnte eine psychosomatische (Begleit-)Symptomatik vorliegen*:

Ja Nein

Die Zustimmung der Patientin / des Patienten zu Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor*:

Ja Nein

Die benötigten Unterlagen zur Erkrankungsgeschichte stelle ich wie folgt dem ZSE zur Verfügung:

Fax Post E-Mail

Für eine seltene Erkrankung spricht (Mehrfachnennungen möglich)*:

Familiäre Häufung

Multiorgan-Erkrankung

Progredienter Verlauf

Altersuntypisches Auftreten

Anmeldeformular für Ärztinnen und Ärzte

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)

Ja Nein

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