

Anmeldebogen bei einem Zentrum für Seltene Erkrankungen

(für Patienten mit unklarer Diagnose)

An das Zentrum für SE _____

Patientendaten Adressfeld wie KV-üblich

Absendende Praxis Erreichbarkeit
--

Für eine Seltene Erkrankung sprechen (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Familiäre Häufung | <input type="checkbox"/> | Progredienter Verlauf | <input type="checkbox"/> |
| Multiorgan-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | altersuntypisches Auftreten | <input type="checkbox"/> |

Symptomatik

seit wann

- | | |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |

bisherige Diagnostik inkl. Ergebnisse

Verlauf, schwerwiegende Ereignisse und Therapie (Maßnahmen, Medikation, Therapieansprechen, besondere unerwünschte Reaktionen (ggf. Arztbriefe, Ausdruck Praxisakte, Stammbaum beilegen))

Könnte eine psychosomatische (Begleit-)Symptomatik vorliegen? Ja / Nein

Die Zustimmung des Patienten zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____