

Anfragebogen an das Zentrum für Seltene Erkrankungen Ulm

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben

* Angaben zu Ihrer Person:

Familienname/Vorname*: _____

Alter*: _____

Straße*: _____

PLZ/Ort*: _____

Festnetz*: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Ihr Geschlecht weiblich männlich

Grund Ihrer Kontaktaufnahme am ZSE Ulm?

Information zu einer Erkrankung / Expertensuche

Diagnosestellung / Zweitmeinung

Wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Anfrage an das ZSE Ulm oder ein anderes Zentrum gestellt?

Ja Wann: _____

Nein

Informationen zu Ihrer Krankengeschichte / Krankheitsbild:

An welchen Organen bestehen Ihre Beschwerden:
(Mehrfachnennungen möglich)

Augen	Bauchspeicheldrüse	Bindegewebe	Blut/Knochenmark
Gallenblase	Gehirn	Gelenke	Geschlechtsorgane
Haut	Herz	Hormonsystem	Lunge
Magen/Darm	Muskeln	Nerven	Nieren
Ohren	Psyche	Rücken/ Wirbelsäule	Schilddrüse
Zähne			
Sonstige	_____		

Name der Diagnose, falls Ihnen bekannt:

Gibt es Familienangehörige mit selber oder ähnlicher Diagnose oder Beschwerden?

Nein

Ja

Mutter

Vater

Kinder

Geschwister

Großeltern

Entfernte Angehörige: _____

Bitte kurze Beschreibung der Symptomatik:

Bei welchen Ärzten sind Sie zurzeit oder waren Sie wegen Ihren Beschwerden in Behandlung? (Bitte Befunde beilegen)

Allergologie

Allgemeinmedizin

Augenheilkunde

Chirurgie

Dermatologie

Diabetologie

Endokrinologie

Gastroenterologie

Hämatologie

HNO

Humangenetik

Immunologe

Innere Medizin

Kardiologie

Neurochirurgie

Nephrologie

Neurologie

Orthopädie

Pädiatrie

Pneumologie

Psychiatrie

Psychologie

Psychosomatik

Rheumatologie

Schmerztherapie

Urologie

Zahnmedizin

Sonstige: _____

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?
