

Anfragebogen an das Zentrum für Seltene Erkrankungen Ulm

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben

* Angaben zur betroffenen Person:

Familienname/Vorname*: _____

Alter*: _____

Straße*: _____

PLZ/Ort*: _____

Festnetz*: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail (wenn vorhanden): _____

*Ihr Geschlecht weiblich männlich

*Sind Sie selbst betroffen? Ja Nein

*(falls nein) geben Sie bitte Ihren vollständigen Namen an: _____

*(falls nein) geben Sie bitte an, in welcher Beziehung Sie zur betroffenen Person stehen:

*(falls nein) besteht eine Vorsorgevollmacht? Ja Nein

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:**

***Hauptsymptome**

Weitere Beschwerden:

Konkrete Fragestellungen/ Probleme:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

***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	Gynäkologie
Hämatologie	HNO	Humangenetik
Immunologie	Innere Medizin	Kardiologie
Nephrologie	Neurochirurgie	Neurologie
Onkologie	Orthopädie	Pädiatrie
Pneumologie	Psychiatrie	Psychologie
Psychosomatik	Radiologie	Rheumatologie
Schmerztherapie	Urologie	Zahnmedizin
Sonstige _____		

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?
