

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?

➤ **Bitte vor Versand die "Informationen zum Datenschutz" zur Kenntnis**