

Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen (MZCSE)

Anmeldebogen für die Diagnostik für Patient: innen mit unklarer Erkrankung

Patient:innen- Daten

Name und Anschrift:	
Geb. Datum:	Tel. Nr.:
	E-Mail:

Besteht der Verdacht auf eine seltene Erkrankung? Ja / Nein

Verdachtsdiagnose: _____

Leitsymptome	seit wann
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Vorerkrankungen:

Ich halte eine psychosomatische Betreuung für notwendig: Ja / Nein

Würde Ihr/e Patient:in von einem Dolmetscher profitieren? Ja / Nein ; Sprache: _____

Wird vom MZCSE ausgefüllt

Patientenunterlagen eingegangen: Datum	
Patientenunterlagen nachgefordert Datum / Eingang: Datum	
Scan Datum	
Übergabe Akte Datum / Arzt: in	

Bitte kreuzen Sie an welche Fachbereiche bereits konsultiert wurden:			
<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Dermatologie und Venerologie	<input type="checkbox"/> Augenheilkunde
<input type="checkbox"/> Endokrinologie	<input type="checkbox"/> Rheumatologie	<input type="checkbox"/> Nephrologie	<input type="checkbox"/> Gastroenterologie
<input type="checkbox"/> Kardiologie	<input type="checkbox"/> Gefäßmedizin	<input type="checkbox"/> Onkologie	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Hämatologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Neurologie
<input type="checkbox"/> Infektiologie und Tropenmedizin	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Osteologie und Biomechanik	<input type="checkbox"/> Unfallchirurgie und Orthopädie
<input type="checkbox"/> Herz- und Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Versorgung
<input type="checkbox"/> Gynäkologie	<input type="checkbox"/> Andrologie	<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/> Sexualmedizin
<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Heilpraktische Versorgung
Andere:			

Erreichbarkeit der/des zuweisenden Ärzt:in:

Tel.: _____

E-Mail: _____

Telefonisch erreichbar:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit zwischen:					

Die Zustimmung der Patient:in zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

Datum: _____

Unterschrift Ärzt:in: _____

Stempel: