

Bitte senden Sie das Formular an:

Fax: 040-7410-40310

oder Post: Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Gebäude O17  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

## Ärztliche Epikrise

Patient/in

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

Verdachts-  
Diagnose(n):

---

Vorerkrankungen:

---



---

Leitsymptome:

1. 

---

2. 

---

3. 

---

Besteht der Verdacht auf eine seltene Erkrankung?

 ja

 nein

Datum

---

Unterschrift und Stempel

---

ggf. E-Mail-Adresse

---

Wird vom MZCSE ausgefüllt

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