

Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen (MZCSE)

Anmeldebogen für die Diagnostik für Patienten mit unklarer Erkrankung

Patientendaten

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. _____	_____
4. _____	_____

Vorerkrankungen: _____

Ich halte eine psychosomatische Betreuung für notwendig: Ja / Nein

Erreichbarkeit des zuweisenden Arztes:

Tel.: _____ E-Mail: _____

Telefonisch erreichbar:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit zwischen:					

Die Zustimmung des Patienten zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____

Arztstempel:

Wird vom MZCSE ausgefüllt

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