

Anmeldebogen für die Diagnostik für Patient:innen mit unklarer Erkrankung

Patientenname 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

Erreichbarkeit der zuweisenden Ärzt:in:

Tel.: _____

E-Mail: _____

Tel. erreichbar	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit					

Die Zustimmung des Patient:innen zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

Datum: _____

Unterschrift Ärzt:in: _____

Arztstempel:

Wird vom MZCSE ausgefüllt

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