

Anmeldebogen für Ärzte beim Centrum für Seltene Erkrankungen

(für Patienten mit unklarer Diagnose)

An das Centrum für Seltene Erkrankungen, Prof. Dr. Rutsch,
Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

Patientendaten Adressfeld wie KV-üblich

Absendende Praxis Erreichbarkeit

Für eine Seltene Erkrankung sprechen (bitte ankreuzen):

Familiäre Häufung Progedienter Verlauf
Multiorgan-Erkrankung altersuntypisches Auftreten

Symptomatik	seit wann
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

bisherige Diagnostik inkl. Ergebnisse

Verlauf, schwerwiegende Ereignisse und Therapie (Maßnahmen, Medikation, Therapie-ansprechen, besondere unerwünschte Reaktionen (ggf. Arztbriefe, Ausdruck Praxisakte, Stammbaum beilegen))

Könnte eine psychosomatische (Begleit-)Symptomatik vorliegen? Ja / Nein

Die Zustimmung des Patienten zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____