



Zuweisungsformular

Essener Zentrum für Seltene Erkrankungen

PER FAX AN: 0201 – 723 6871

PER EMAIL AN: ezse@uk-essen.de

PER POST AN: Hufelandstr.55, 45147 Essen

ANGABEN ZUR/M PATIENTIN/EN

**Name, Vorname,
Geburtsdatum, Anschrift
oder Patientenaufkleber.**

Telefonnummer: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

**Die Zustimmung der Patientin / des Patienten zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt
vor:** Ja Nein

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Symptome (mit Angabe seit wann) und Befunde



Auftrag/Fragestellung

Könnte eine psychosomatische (Begleit-)Symptomatik vorliegen:

Ja Nein

Für eine seltene Erkrankung spricht (Mehrfachantwort möglich):

Familiäre Häufung

Altersuntypisches Auftreten

Multiorgan-Erkrankung

Keine Diagnose trotz intensiver Abklärung

Progredienter Verlauf

Anderer Grund: _____

ANGABEN ZUR/M ZUWEISER/IN

Titel, Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

**Praxisstempel/
Klinikstempel:**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Ärztin/Arzt bin.

(Ort, Datum, Unterschrift)