



Checkliste

Anmeldung für Patient/innen mit Diagnose einer seltenen Erkrankung im EZSE

PER FAX AN: 0201 – 723 6871

PER EMAIL AN: ezse@uk-essen.de

PER POST* AN: Hufelandstr. 55, 45147 Essen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

Krankenkasse: Gesetzlich: _____

 Privat: _____

Checkliste:

Aktuellen Überweisungsschein im Original*

Krankengeschichte und Anliegen in eigenen Worten (formlos, max. 1 Seite)

Einverständniserklärung, ausgefüllt und unterzeichnet

Unterlagen in Kopie (Alle Arztbriefe, Laborergebnisse, aktueller Medikamenten-plan, ggf. Bilder- und Videodateien)

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter
(z.B. Eltern)

* Per Post: Essener Zentrum für Seltene Erkrankungen (EZSE) Universitätsklinikum Essen AÖR
Hufelandstr.55, 45147 Essen.