



Checkliste

Anmeldung für Patient/innen mit unklarer Diagnose unter Verdacht 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:

Zuweisungsformular Ihrer Ärztin/Ihres Arztes

Aktuellen Überweisungsschein im Original*

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

Patientenfragebogen des EZSEs, ausgefüllt und unterzeichnet

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

Schweigepflichtsentbindung, ausgefüllt und unterzeichnet

Ort, Datum

Unterschrift

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