UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Zentrum für Seltene Erkrankungen
Kiel + Lübeck

Anfrage ZSE

Senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular bitte per E-Mail oder Post an:

zse@uksh.de

Zentrum für Seltene Erkrankungen Lübeck
Ratzeburger Allee 160, Haus D1, 23538 Lübeck

Patientin / Patient

Name, Vorname		
Geb. -Datum	Straße	Haus-Nr.
PLZ	Ort	
Krankenkasse		
Telefon	E-Mail	

Ärztin / Arzt

Name, Vorname		
Fachrichtung	Straße	Haus-Nr.
PLZ	Ort	
Telefon (Durchwahl) oder Mobil	E-Mail	
telefonische Erreichbarkeit		

Übersicht Patientenfall

Fragestellung
Verdachtsdiagnose
Leitsymptom 1
Leitsymptom 2
Leitsymptom 3
Vorerkrankungen

Wurde der Verdacht auf eine seltene Erkrankung gestellt? ☐ nein ☐ ja

durch wen

Hinweise auf eine seltene Erkrankung

☐ familiäre Häufung
☐ progredienter Verlauf
☐ besondere äußerliche Merkmale
☐ Multiorgan-Erkrankung
☐ altersuntypisches Auftreten
☐ fehlendes Therapieansprechen
☐ keine Diagnose trotz intensiver Abklärung, inklusive Psychosomatik
☐ auffälliger spezifischer Befund
☐ andere

Erfolgte bereits genetische Diagnostik? ☐ nein ☐ ja

Besteht ein auffälliger genetischer Befund? ☐ nein ☐ ja

Bereits konsultierte Fachbereiche (in Bezug auf die Fragestellung)

Neurologie
☐ Neurologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neuroradiologie

Genetik
☐ Humangenetik

Innere Medizin
☐ Endokrinologie
☐ Gastroenterologie
☐ Gefäßmedizin
☐ Hämatologie
☐ Infektiologie
☐ Innere Medizin
☐ Kardiologie
☐ Nephrologie
☐ Onkologie
☐ Pneumologie
☐ Rheumatologie

Andere
☐ Augenheilkunde
☐ Chirurgie
☐ Dermatologie
☐ Gynäkologie
☐ HNO
☐ Orthopädie
☐ Psychiatrie
☐ psychosomatische Medizin
☐ Psychotherapie
☐ Schmerztherapie
☐ Urologie

In Bezug auf die Fragestellung durchgeführte Diagnostik

Ich halte eine psychosomatische Betreuung für notwendig ☐ nein ☐ ja

Dringlichkeit

Bitte bestätigen Sie

☐ Diese Epikrise wurde durch den/die vorstellende/n Arzt/Ärztin ausgefüllt.

☐ Die Zustimmung des Patienten/der Patientin zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

☐ Der Patient/die Patientin darf vom ZSE kontaktiert werden.

Datum	Unterschrift und Stempel anfordernde/r Arzt/Ärztin