

**Anmeldebogen für die Diagnostik bei Patient:innen
mit unklarer Erkrankung**

Patient:innen-Daten

Name und Anschrift:

Geb. Datum:

Tel.Nr.:

E-Mail:

Zentrumssprecher:
Prof. Dr. med. Marc-Phillip Hitz

Stellvertreter:
Prof. Dr. med. Christoph Korenke

Prof. Dr. med. Andreas Martens

Adresse:
Rahel-Straus-Straße 10
26133 Oldenburg

Kontakt
Fon:
0441 - 403 70166

E-Mail:
ZeSEO@klinikum-oldenburg.de

Internet
<http://www.klinikum-oldenburg.de/zse>

Datum:
10.12.2025

Besteht der Verdacht auf eine seltene Erkrankung? Ja Nein

Verdachtsdiagnose: _____

Leitsymptome

seit wann

1. _____
2. _____
3. _____

Vorerkrankungen: _____

Familiäre Häufung Ja Nein

Progredienter Verlauf Ja Nein

Altersuntypisches Auftreten Ja Nein

Könnte eine psychosomatische (Begleit-) Symptomatik vorliegen Ja Nein

Wird vom MZCSE ausgefüllt

Patientenunterlagen eingegangen: Datum	
Patientenunterlagen nachgefordert Datum / Eingang: Datum	
Scan Datum	
Übergabe Akte Datum / Ärzt: in	

Geschäftsführer:
Prof. Dr. med. Morgner-Miehlke

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124
Steuer-Nr.: 64/220/18170

Bankverbindung:
IBAN:
DE85 2805 0100 0001 6940 82
BIC: SLZODE22

Bitte kreuzen Sie an, welche Fachbereiche bereits konsultiert wurden:			
<input type="checkbox"/> Genetik	<input type="checkbox"/> Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Dermatologie und Venerologie	<input type="checkbox"/> Augenheilkunde
<input type="checkbox"/> Endokrinologie	<input type="checkbox"/> Rheumatologie	<input type="checkbox"/> Nephrologie	<input type="checkbox"/> Gastroenterologie
<input type="checkbox"/> Kardiologie	<input type="checkbox"/> Gefäßmedizin	<input type="checkbox"/> Onkologie	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/> Hämatologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Neurologie/Neuropädiatrie
<input type="checkbox"/> Infektiologie und Tropenmedizin	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Osteologie und Biomechanik	<input type="checkbox"/> Unfallchirurgie und Orthopädie
<input type="checkbox"/> Herz- und Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG)	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Versorgung
<input type="checkbox"/> Gynäkologie	<input type="checkbox"/> Andrologie/Urologie	<input type="checkbox"/> Heilpraktische Versorgung	<input type="checkbox"/> Sexualmedizin
<input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychosomatik	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
Andere:			

Erreichbarkeit der/des zuweisenden Ärzt:in:

Tel.: _____ E-Mail: _____

Telefonisch erreichbar:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit zwischen:					

Die Zustimmung des/der Patient:in zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.

Datum: _____ Unterschrift Ärzt:in: _____

Stempel:

Bitte senden Sie das Formular an:

Fax: 0441-403-2967 **Oder Post:** Zentrum für Seltene Erkrankungen Oldenburg

Rahel-Straus-Str. 10

26133 Oldenburg