

**Zentrum für Seltene Erkrankungen Oldenburg (ZeSEO)**  
**Anmeldebogen für die Diagnostik bei Patient:innen**  
**mit unklarer Erkrankung**

**Patient:innen-Daten**

Name und Anschrift:	
Geb. Datum:	Tel.Nr.:
E-Mail:	

**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 / Arzt: in	

**Zentrum für Seltene Erkrankungen Oldenburg**

**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

**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 Venenerologie	<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
<b>Uhrzeit zwischen:</b>					

**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