

Zentrum für Seltene Erkrankungen Oldenburg (ZeSEO)

Anmeldebogen für Patient*innen mit unklarer Erkrankung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen aus, wenn Sie vermuten, an einer seltenen Erkrankung zu leiden. Ihre Angaben helfen uns, Ihren Fall besser einzuschätzen und Sie möglichst gut zu unterstützen. **Wichtig: eine Anmeldung kann nur mit gültiger Überweisung erfolgen.**

1. Persönliche Daten

Name und Anschrift:

Geb. Datum:

Tel.Nr.:

E-Mail:

2. Angaben zu Ihrer Erkrankung

- **Welche Beschwerden haben Sie?** (Bitte nennen Sie Ihre wichtigsten Beschwerden oder Symptome)

1.

2.

3.

- **Seit wann haben Sie diese Beschwerden?**

- **Gab es bereits eine Verdachtsdiagnose von Ärzt*innen? Wenn ja, welche?**

- **Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Zustand verschlechtert oder verändert?**

Ja ☐ Nein ☐

- **Treten ähnliche Erkrankungen oder Symptome in Ihrer Familie auf?**

Ja ☐ Nein ☐

**Zentrum für Seltene
Erkrankungen**

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

Vorstand:

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

Wird vom MZCSE ausgefüllt

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

3. Bisherige Untersuchungen und Behandlungen

• **Bei welchen Fachärzt*innen oder in welchen Kliniken waren Sie bisher in Behandlung?**

(Bitte ankreuzen oder eintragen, wenn bekannt. Falls Sie sich nicht sicher sind, lassen Sie das Feld frei.)

- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Dermatologie (Hautarzt)
- ☐ Endokrinologie (Hormonspezialistin)
- ☐ Gastroenterologie (Magen-Darm-Spezialistin)
- ☐ Genetik
- ☐ Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO)
- ☐ Infektiologie/Tropenmedizin
- ☐ Kardiologie (Herzspezialistin)
- ☐ Nephrologie (Nierenspezialistin)
- ☐ Neurologie/Neuropädiatrie (Nervenärzt*in)
- ☐ Onkologie (Krebserkrankungen)
- ☐ Orthopädie/Unfallchirurgie
- ☐ Psychiatrie/Psychosomatik
- ☐ Rheumatologie
- ☐ Sonstige/nicht aufgeführt:

• **Welche wichtigen Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?**

(z. B. Bluttests, MRT, CT, Biopsie ...)

.....
.....

• **Möchten Sie uns sonst noch etwas über Ihren Gesundheitszustand mitteilen?**

.....
.....

Kontakt der/des zuweisenden Ärzt:in:

Tel.: _____

E-Mail: _____

5. Zustimmung zur Übermittlung Ihrer Daten

Durch das Ausfüllen und Einsenden dieses Bogens stimmen Sie zu, dass das Zentrum für Seltene Erkrankungen Oldenburg (ZeSEO) Ihre Angaben einsehen und zu Behandlungszwecken weiterverwenden darf. Bitte wenden Sie sich bei Fragen zum Datenschutz gerne an uns.

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das Formular an:

Fax: 0441-403-2967

Oder Post: Zentrum für Seltene Erkrankungen Oldenburg

Rahel-Straus-Str. 10

26133 Oldenburg