



# Anmeldebogen bei einem Zentrum für Seltene Erkrankungen

(für Patienten mit unklarer Diagnose)

An das Mitteldeutsche Kompetenznetz für Seltene Erkrankungen MKSE,  
[www.mkse.ovgu.de](http://www.mkse.ovgu.de)

**Patientendaten** (Aufkleber od. handschriftlich ergänzen)

**Absendende Praxis** (Stempel)

## Grund der Anfrage

Diagnosestellung    Expertensuche    Information    Zweitmeinung

Anderer \_\_\_\_\_

## Für eine Seltene Erkrankung sprechen (bitte ankreuzen):

Familiäre Häufung

Progredienter Verlauf

Multiorgan-Erkrankung

altersuntypisches Auftreten

## Symptomatik

## seit wann

- |          |       |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |

## Worin begründet sich klinisch der Verdacht für das Vorliegen einer Seltenen Erkrankung?

---

---

---

---

---

## bisherige Diagnostik inkl. Ergebnisse

---

---

---

---

**Verlauf, schwerwiegende Ereignisse und Therapie** (Maßnahmen, Medikation, Therapieansprechen, besondere unerwünschte Reaktionen (ggf. Arztbriefe, Ausdruck Praxisakte, Stammbaum beilegen))

---

---

---

---

---

---

---

**Besteht aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit?**

Krankschreibung (AU)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit wann:	_____
Erwerbsunfähigkeit (EU)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit wann:	_____
Berufsunfähigkeit (BU)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit wann:	_____

**Könnte eine psychosomatische (Begleit-)Symptomatik vorliegen?** Ja  / Nein

**Besteht bereits eine psychologische/psychosomatische/psychiatrisch Anbindung?** Ja  / Nein

**Die Zustimmung des Patienten zur Anmeldung und Datenübermittlung liegt vor.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_