

Fragebogen zur Nachverfolgung bei unklarer Diagnose MB

ZSE Ulm-Nr. intern

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, uns über **Veränderungen Ihres Gesundheitszustands, neu aufgetretene Symptome oder Änderungen Ihrer Behandlung** zu informieren, welche **frühestens ein Jahr** nach Erhalt des Empfehlungsschreibens aufgetreten sind. So können wir Ihren Fall bei Bedarf erneut prüfen und Sie weiterhin bestmöglich unterstützen.

A) Persönliche Daten (*Pflichtfelder)

1. Akademischer Grad
2. Name*
3. Vorname*
4. Geburtsdatum* Geschlecht m w divers
5. Adresse*
6. Telefon*
7. E-Mail (wenn vorhanden)
8. Aktuelles Gewicht * kg

Falls Sie nicht die Patientin bzw. der Patient sind, in welcher Beziehung stehen Sie zur Patientin bzw. zum Patienten?

Angehörige Person (Angabe)

(Lebenspartner*in, Eltern, Sohn/Tochter, Geschwister, sonstiger Angehöriger etc.)

Ärzt*in (Name)

Sonstige (Angabe)

(Gesetzliche Betreuung, Bevollmächtigte Vertretung)

9. Falls nicht Patient*in, bitte die Kontaktdaten angeben: (Adresse, Telefon, E-Mail)

Fragebogen zur Nachverfolgung bei unklarer Diagnose MB

11. Wurden aufgrund dieser Beschwerden seit der letzten Kontaktaufnahme Untersuchungen durchgeführt?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte die durchgeführten Untersuchungen an:

Untersuchung	Durch wen erfolgte die Untersuchung/Behandlung?	Unterlagen vorhanden	
		Ja	Nein
—		Ja	Nein
—		Ja	Nein
—		Ja	Nein

Falls entsprechende Unterlagen vorliegen, bitten wir Sie, diese in Kopie beizufügen.

12. Ist zwischenzeitlich eine Diagnose als gesichert anzusehen?

Nein

Ja und zwar:

13. Gab es zwischenzeitlich einen Wechsel der Diagnosen?

Nein

Ja und zwar:

D) Kontaktaufnahme

14. Besteht aufgrund neu aufgetretener Beschwerden oder Veränderungen Ihres Gesundheitszustands Bedarf an einer erneuten Kontaktaufnahme mit unserem Zentrum?

Ja

Nein

Zur Kontaktaufnahme mit unseren ZSE, nutzen Sie bitte folgende Möglichkeiten:

E-Mail-Adresse: zse@uniklinik-ulm.de

Fax-Nummer: 0731-500-57058

Post: Zentrum für Seltene Erkrankungen Ulm

Universitätsklinikum Ulm | c/o Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ZSE Kontaktstelle

Eythstraße 24, 89075 Ulm

E) Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in, betreuende/ bevollmächtigte Person