



F_Anmeldebogen für Patient:innen

Geltungsbereich: Universitäres Zentrum für Seltene Erkrankungen Leipzig (UZSEL)

Universitäres Zentrum für Seltene Erkrankungen Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55, Haus W
04103 Leipzig
Telefon: 0341 / 97 20927
E-Mail: seltene.erkrankungen@medizin.uni-leipzig.de

Name, Vorname

geb. am

Geschlecht
männlich weiblich trans/inter unentschieden

Telefonnummer

Anschrift

Größe

E-Mail-Adresse

Gewicht

Krankenkasse

benötigte Unterlagen:

- alle verfügbaren Vorbefunde, Arzt-, Krankenhausberichte, Untersuchungsergebnisse oder ähnliches
 - im Original: Überweisungsschein vom Hausarzt oder Facharzt (gerichtet an das Zentrum für Seltene Erkrankungen)
-

Grund der Anfrage	Diagnosestellung	Expertensuche	Information	Zweitmeinung	Anderer Grund
	Bemerkung				

Behandelnde Ärzte

Hausarzt (Name, Anschrift)

Fachärzte (Name, Anschrift, Fachgebiet)

Hat ein betreuender Arzt den konkreten Verdacht auf eine seltene Erkrankung geäußert?

ja nein ggf. Bemerkung:

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit ähnlichen Beschwerden?

ja nein wenn ja, wer ist betroffen? Welche Symptome hat der Betroffene?:



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum
Leipzig

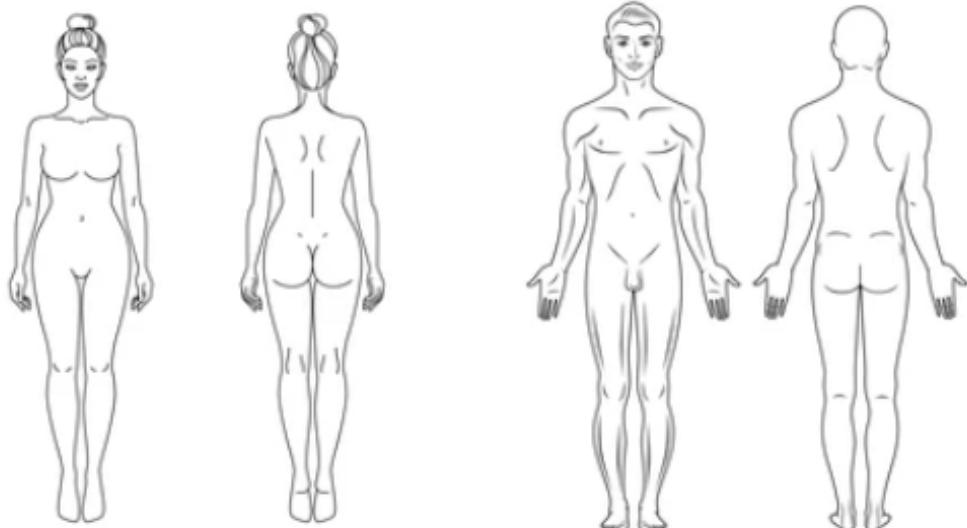
Medizin ist unsere Berufung.

UZSEL – ZENTRUM FÜR
SELTENE ERKRANKUNGEN LEIPZIG

F_Anmeldebogen für Patient:innen

Hauptbeschwerden

Bitte Stelle der Beschwerden / Schmerzen markieren:



Bisherige Diagnostik

(Art der Untersuchung, Ergebnis, Einrichtung)

Medikamente

(Name, Einnahmfrequenz, Dosierung- gerne kann ein Medikamentenplan ihres behandelnden Arztes beigefügt werden)



F_Anmeldebogen für Patient:innen

Soziale Situation

Schulabschluss

Beruf

Aktuelle Tätigkeit

Besteht aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit?

Krankschreibung (AU) ja nein unbekannt seit wann: _____

Erwerbsunfähigkeit (EU) ja nein unbekannt seit wann: _____

Berufsunfähigkeit (BU) ja nein unbekannt seit wann: _____

Sind Sie an einer Selbsthilfegruppe angebunden?

ja nein wenn ja, welche: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum
Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

 UZSEL – ZENTRUM FÜR
SELTENE ERKRANKUNGEN LEIPZIG

F_Anmeldebogen für Patient:innen

Persönliche Schilderung der Beschwerden und Symptome



F_Anmeldebogen für Patient:innen

Einwilligungserklärung zur Anmeldung beim UZSEL

(vom Patienten auszufüllen)

Wir bitten um Verständnis, dass eine Bearbeitung Ihrer Anfrage nur erfolgen kann, wenn die Einwilligungserklärung korrekt und vollständig ausgefüllt ist.

Datenschutzinformationen nach Artikel 13 und 14 der DSGVO finden Sie auf unserer Homepage (<https://www.uniklinikum-leipzig.de/Seiten/datenschutz.aspx>).

1. Einwilligung zur Datenverarbeitung aus medizinischen Gründen

- a) Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen des UZSEL meine personenbezogenen Daten, d. h. die Stammdaten und Gesundheitsdaten, für medizinisch diagnostische Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen dürfen.

Ja Nein

Soweit eine Einwilligung Ihrerseits nicht erteilt wird, können wir Ihre Anfrage leider nicht bearbeiten und senden Ihnen Ihre Unterlagen zurück.

- b) Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen gegenüber dem UZSEL mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in



F_Anmeldebogen für Patient:innen

2. Einwilligung zum Datenaustausch

- a) Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen des UZSEL meine Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von folgenden Ärzte anfordern können, sofern dies für die Diagnostik erforderlich ist:
(Bitte Name / Anschrift / Telefonnummer der Ärzte eintragen)

Ich entbinde dahingehend die aufgeführten Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht:

Ja Nein (Bei Nichteinwilligung kann keine Bearbeitung der Anfrage erfolgen.)

- b) Ich bin damit einverstanden, dass das UZSEL meine Behandlungsdaten und -befunde an folgende nachbehandelnde Ärzte (oder Hausarzt) zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt:
(Bitte Name / Anschrift / Telefonnummer der Ärzte eintragen)

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzt:innen des UZSEL insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht:

Ja Nein (Ich willige in die Übermittlung **nicht** ein und möchte, dass nur mir der Arztbrief zugesandt wird.)

- c) Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung nach a) als auch nach b) jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen gegenüber dem UZSEL mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in



3. Datenverarbeitung zu Forschungszwecken

- a) Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen Daten zu folgenden Zwecken auch nach Beendigung der Behandlung durch die Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen des UZSEL benutzt werden:
- für wissenschaftliche Publikationen zu seltenen Erkrankungen
- für wissenschaftliche Kooperationsprojekte zu seltenen Erkrankungen auch an anderen Kliniken oder Instituten im In- oder Ausland
- für die Eingabe in pseudonymisierter Form in Varianten- und Phänotypdatenbanken
- für die Verwendung von Fotos im Rahmen von medizinischen bzw. wissenschaftlichen Vorträgen (ohne Nennung von Namen, Adressen oder ähnlicher personenbezogener Angaben).
- Ich bin zudem einverstanden mit der zukünftigen Kontaktaufnahme durch Mitarbeiter des Zentrums für seltene Erkrankungen Leipzig zu klinischen oder wissenschaftlichen Zwecken, z. B. bei neuen Erkenntnissen zu Ihrer Erkrankung

Nein, ich stimme nicht zu.

- b) Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen gegenüber dem UZSEL mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in