



Zentrum für Seltene Erkrankungen

Philipp-Rosenthal-Str. 55, Haus W

04103 Leipzig

Telefon: 0341 / 97 23800

E-Mail: seltene.erkrankungen@medizin.uni-leipzig.de

Patientendaten

Name, Vorname

geb. am

Datum

Geschlecht

Auswahl

Telefonnummer

Anschrift

Größe

E-Mail-Adresse

Gewicht

Grund der Anfrage

Auswahl

Bemerkung

Behandelnde Ärzte

Hausarzt

(Name, Anschrift)

Fachärzte

(Name, Anschrift, Fachgebiet)

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

Auswahl

ggf. Bemerkung:



Hauptbeschwerden

Bisherige Diagnostik

(Art der Untersuchung, Ergebnis, Einrichtung)

Medikamente

(Name, Einnahmefrequenz, Dosierung)

Soziale Situation

Schulabschluss

Beruf

Aktuelle Tätigkeit

Besteht aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit?

Krankschreibung (AU)	Auswahl	seit wann	Auswahl
Erwerbsunfähigkeit (EU)	Auswahl	seit wann	Auswahl
Berufsunfähigkeit (BU)	Auswahl	seit wann	Auswahl

Auswahl

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin



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.

Die Hinweise nach Art 13 und 14 der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) finden Sie auf unserer Webpage ([Link](#)).

1. Einwilligung zur Datenverarbeitung aus medizinischen Gründen

- a) Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte und Mitarbeiter 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.

_____ Auswahl

Ort, Datum

_____ Unterschrift Patient / Patientin



2. Einwilligung zum Datenaustausch

- a) Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte und Mitarbeiter des UZSEL meine Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von folgenden Ärzten anfordern können, sofern das 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 Hausärzte) zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt:

(Bitte Name / Anschrift / Telefonnummer der Ärzte eintragen)

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte 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.

Auswahl
Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin

3. Datenverarbeitung zu Forschungszwecken

- a) Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen Daten zu folgenden Zwecken auch nach Beendigung der Behandlung durch die Ärzte und Mitarbeiter 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).
 - 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.

Auswahl

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin