



Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

BASE-Netz

BASE-Netz ist ein Zusammenschluss der Zentren für seltene Erkrankungen der bayerischen Unikliniken in Würzburg, Regensburg, Erlangen und München.

Anmeldeformular (F1)

! Datenverarbeitung Allgemein

Hiermit bestätige ich, die allgemeinen Informationen und Patienteninformationen zu BASE-Netz (BASE-Netz Unterlagen unter <https://www.base-netz.de/unterlagen/>) gelesen und verstanden zu haben.

Ich stimme der Datenverarbeitung im Rahmen der Anmeldung an der BASE-Netz Plattform zu.

- Ja
 Nein

**An welchem Zentrum für seltene Erkrankungen möchten Sie sich anmelden?
Bitte wählen Sie eines der nachfolgenden Zentren aus.**

- Uniklinikum Würzburg
 Universitätsklinikum Regensburg
 Universitätsklinikum Erlangen
 Klinikum rechts der Isar – Technische Universität München
 LMU Klinikum – München

1 Antragsteller

1.1 Wer sind sie?

- a) Patient*in
 b) angehörige Person/sonstige Person

1.2 Wer soll bei Rückfragen kontaktiert werden?

- a) Patient*in
 b) anmeldende Person
 c) andere Person

...zu verwendende Kontakt E-Mail:

! Hinweis

Sollte Ihnen der Platz bei einzelnen Fragen nicht ausreichen, dann nutzen Sie gerne den Extraplatz am Ende des Fragebogens oder fügen ein Extrablatt an.

[Bitte geben Sie hier immer die Nummer der Frage an, zu der Sie Ergänzungen machen möchten!]





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

2 Patientendaten

Anrede

- Herr
- Frau
- Ohne

Akademischer Grad

Vorname

Nachname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht

- keine Angabe
- männlich
- weiblich
- divers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Versicherungsstatus

- gesetzliche Krankenversicherung
- private Krankenversicherung
- Sonstiges:





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

2 Patientendaten

Krankenkasse

Versichertennummer

! Ihre Versichertennummer finden Sie auf Ihrer Krankenversichertenkarte/
Gesundheitskarte und beginnt mit einem Buchstaben.

Telefon 1

Telefon 2

E-Mail

keine E-Mail vorhanden

3 Grund der Anmeldung

3.1 Was ist der Hauptgrund ihrer Kontaktaufnahme?

- Diagnosesstellung
- Expertensuche
- Information
- Zweitmeinung
- anderer Grund:

3.2 Wurde bereits durch einen behandelnden Arzt eine seltene Erkrankung diagnostiziert?

- Nein
- Ja, die Diagnose:





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

3.3 Hat ein betreuender Arzt bereits den Verdacht auf eine Seltene Erkrankung geäußert? Nein, keine Verdachtsdiagnose Ja, eine Verdachtsdiagnose: Ja, eine weitere Verdachtsdiagnose:**4 Hauptbeschwerden****Welche drei Hauptbeschwerden bestehen? Wie stark sind diese ausgeprägt (+ = gering; ++ = mäßig; +++ = stark) und seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden?**

Hauptbeschwerde	Ausprägung	variiert stark	ab Alter
1 _____ _____	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2 _____ _____	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3 _____ _____	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

! Bitte beantworten Sie Abschnitt 5 nur, wenn Sie Frage 1.1 mit b) beantwortet haben.**5 Daten der anmeldenden Person****In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten/ zur Patientin?** Elternteil Kind Geschwisterkind Großelternteil Sonstiges:**Anrede** Herr Frau Ohne



Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

5 Daten der anmeldenden Person

Akademischer Grad

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon 1

Telefon 2

E-Mail

keine E-Mail vorhanden

! Bitte beantworten Sie Abschnitt 6 nur, wenn Sie Frage 1.2 mit c) beantwortet haben.

6 Daten einer anderen Kontaktperson

In welcher Beziehung steht die Kontaktperson zum Patienten/ zur Patientin?

- Elternteil
- Kind
- Geschwisterkind
- Großelternteil
- Sonstiges:





Nachname/Vorname (Patient*in)

Geburtsdatum (Patient*in)

6 Daten einer anderen Kontaktperson

Akademischer Grad

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon 1

Telefon 2

E-Mail

keine E-Mail vorhanden

Nicht genügend Platz?

Hier dürfen Sie gerne noch zu einzelnen Fragen ihre Anmerkungen notieren.

Vielen Dank.