



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, München und Augsburg.

## 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  
 Universitätsklinikum Augsburg

## 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?

- Diagnosstellung
- 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 Großelternanteil 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.