



Anmeldeformular für die Sprechstunde für lysosomale Speichererkrankungen

Zur zügigen Bearbeitung Ihres Anliegens bitten wir Sie, zunächst dieses Formular auszufüllen.

Bitte fügen Sie einen Überweisungsschein sowie einen aktuellen Arztbrief und relevante Laborbefunde bei!

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (privat/mobil): _____

Anmeldung über

Kinderarzt / Hausarzt Eltern Andere: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Angaben zur (Verdachts-)Diagnose:

Gesicherte Diagnose: _____

Verdachtsdiagnose: _____

Auffällige Befunde/Symptome: _____

(Bitte beachten Sie: In der Sprechstunde für lysosomale Speichererkrankungen behandeln wir hauptsächlich Patient:innen mit einer gesicherten lysosomalen Speichererkrankung oder mit einem dringenden Verdacht auf eine lysosomale Speichererkrankung.)

Medikamente: _____

Ihre Fragestellung: _____

Bitte beachten Sie: Die Bearbeitung der Anfrage kann nur mit vorliegendem Überweisungsschein erfolgen!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!