

# Tilmelding til Sjældne-netværket

---

## 1. Kontaktoplysninger

**Navn:**

**Adresse:**

**Postnummer:**

**By:**

**Region:**

(Sæt kryds)

- Nordjylland
- Midtjylland
- Syddanmark
- Sjælland
- Hovedstaden

**Land:**

**Telefonnummer:**

**E-mail adresse:**

**HUSK OGSÅ AT UDFYLDE SIDE 2**



## 2. Oplysninger om sjælden sygdom/handicap

**Diagnosenavn på sjælden sygdom/handicap:**

**Relation til diagnosen:**

(Sæt kryds – der må gerne være flere krydser)

- Har selv diagnosen
- Er forælder
- Er værge
- Anden relation - uddyb gerne relation som fx søskende, bedsteforældre, ægtefælle o.lign:

**Fødselsår for personen/personerne med diagnosen:**

**Køn på personen/personerne med diagnosen:**

(Dreng/pige/andet)

**Hvis der er flere diagnosticerede i familien, uddyb da her:**

**Hvornår blev den/de sjældne diagnose(r) stillet?**

Angiv årstal:

**Evt. kommentar:**

Undertegnede bekræfter hermed, ønsker om at være medlem af Sjældne-netværket:

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift