

Tilmelding til Sjældne-netværket

1. Kontaktoplysninger

Navn:

Adresse:

Postnummer:

By:

Region:

(Sæt kryds)

- Nordjylland
- Midtjylland
- Syddanmark
- Sjælland
- Hovedstaden

Land:

Telefonnummer:

E-mailadresse:

Husk også at udfylde side 2 og 3

2. Oplysninger om sjælden sygdom/handicap

Diagnosenavn på sjælden sygdom/handicap:

(Skriv navnet på diagnosen. Hvis diagnosen har flere navne, må du gerne skrive dem her)

Har du flere sjældne sygdomme?

Ja

Nej

Hvis ja, hvilke:

Må begge diagnoser fremgå sammen med dine kontaktoplysninger?

Ja

Nej

Relation til diagnosen:

(Sæt kryds – der må gerne være flere krydser)

Har selv diagnosen

Er forælder

Er værge

Anden relation - uddyb gerne:

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