

# 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:

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

---

---

### 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