

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
- 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