

## AUFNAHMEGESUCH

### Isolierte/r Kranke/r – Betroffene Person

Name/Vorname der betroffenen Person.....

Strasse .....

PLZ/Ort .....

Tel. privat..... Mobile .....

E-Mail.....

Name der Krankheit, falls Diagnose vorliegt <sup>1</sup>.....

.....

Datum der Diagnose: .....

Geburtsdatum der betroffenen Person.....

Falls Sie die betroffene Person vertreten (Elternteil / Angehörige(r)/ gesetzliche Vertretung):

Name/Vorname der /des Vertreters/in.....

Strasse (falls nicht die gleiche wie oben) .....

PLZ/Ort .....

Tel. privat.....Mobile .....

E-Mail.....

Beziehung zur Betroffenen Person .....

Sind sie Mitglied einer Patientenorganisation? Wenn ja, welcher?.....

.....

Ich habe die [Statuten](#) von ProRaris gelesen und verpflichte mich, sie einzuhalten.

Ort, Datum ..... Unterschrift.....

<sup>1</sup> Ihre Angaben dienen allein statistischen Zwecken und werden streng vertraulich behandelt.

*Ausgefülltes Formular bitte ans ProRaris---Sekretariat schicken:*

*Chemin de la Riaz 11, 1418 Vuarrens*

*contact@proraris.ch*

*Vielen Dank für Ihr Interesse für*

*ProRaris - Allianz Seltener Krankheiten -Schweiz*