



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 ¹.....

.....

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.....

¹ 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