

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege! Wir erbitten folgende Informationen zu Ihrem Patienten, um einen gezielten und vorbereiteten Termin zur **Abklärung einer rheumatischen Erkrankung** vereinbaren zu können.

Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klin. Immunologie

Bereich Pädiatrische Rheumatologie

Leitung: OA Dr. P. T. Oommen

Name:

Kinderarzt/-ärztin:

Vorname:

Anmeldung nur über fachärztliche Indikation, daher Stempel hier unbedingt erforderlich

Geburtsdatum:

Telefonnummer der Eltern:

Leitsymptom

- Schwellung
- Schmerzen
- Bewegungseinschränkung
- auffälliger Laborwert, welcher:

Weitere Informationen:

Dauer der Beschwerden

- < 6 Wochen
- > 3 Monate
- > 1 Jahr

Vorbereitung

Wir bitten um Durchführung folgender Laboruntersuchungen:

BB mit Diff, CRP, CK, BSG, Borrelien-Serologie, ANA, Rheumafaktor

Bei wiederkehrenden Symptomen bitten wir um Vorstellung mit Symptomkalender. Eine Vorlage hierfür finden Sie auf unserer Homepage.

Lokalisation

- Gelenke, welche:
- Knochen/Muskeln/Weichteile (zutreffendes unterstreichen)
- Haut
- Augen
- Sonstiges:

Bitte alle Befunde und Arztbriefe in Kopie faxen oder mailen **FAX: 0211-81-16539 e-mail: KinderRheumImmun@med.uni-duesseldorf.de**

Ein Termin wird nach Sichtung der Unterlagen per Fax an Sie oder telefonisch an die Familie vergeben.

NUR FÜR anmeldende Ärzt:innen:

Bei Rückfragen: 0211-81-16341 oder o.g. Mail-Adresse.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Ihr Team der Pädiatrischen Rheumatologie am UKD

Zusatzinformationen

Fieber: ja / nein

Weitere Symptome:

Exanthem/Bauchschmerzen/Abgeschlagenheit/Nächtliche Schmerzen/psychische Belastungsfaktoren (zutreffendes unterstreichen)