

Anmeldung Rheuma-Ambulanz

Bitte per Fax an 0211- 811-9953 oder per E-Mail an rheumaambulanz@med.uni-duesseldorf.de

Patienten-Neuvorstellung

Wiedervorstellung (bekannter Patient)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrte Kollegen!

Zur besseren Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind wir daran interessiert, den Betroffenen schnellstmöglich einen Ambulanz-Termin anbieten zu können. Leider entstehen oft viel zu lange Wartezeiten, die für diese Patienten nicht zumutbar sind und die Langzeitprognose verschlechtern. Wir möchten bevorzugt Patienten bei denen noch keine Vorstellung bei einem Rheumatologen erfolgt ist, eine Untersuchung anbieten. Wenn Sie sich bereits in rheumatologischer Betreuung befinden, so bieten wir auf Anfrage ihres betreuenden Rheumatologen gerne einen Termin zur Zweitmeinung an.

War der Pat. bereits bei einem Rheumatologen? bitte WV dort!

NEIN JA Wann?/wo?:

ALLGEMEINE RHEUMA-AMBULANZ

SCREENING SPRECHSTUNDE

SPEZIALSPRECHSTUNDEN

SCHWANGERSCHAFT

SYSTEMISCHER LUPUS (SLE)

VASKULITIS

SYSTEMISCHE SKLEROSE

ZWEITMEINUNG

MYOSITIS

TRANSITION

ANDERE KOLLAGENOSE (z. B. MCTD, SJÖGREN)

Praxis-Adresse (Stempel, Tel.- / Fax-Nr.)

Wichtig: Ohne folgende Angaben können wir keinen Termin vergeben! Unsere Wartezeiten können bis zu 4 Mon. betragen
Aktuelle Beschwerden:

seit: . Monat.Jahr (unbedingt angeben)

NAME/ VORNAME DES PATIENTEN

Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

Geburtsdatum: . .

GKV

PKV

!!!Adresse/ Telefon-Nummer des Patienten:

Bitte Telefon-Nr. und E-Mail-Adresse angeben, unter welcher der Pat. (tagsüber) erreichbar ist! Wir teilen dem Patienten den vereinbarten Termin mit!

 Telefon _____

@ E-Mail _____

 Adresse _____

Aktuelles Labor (unbedingt angeben):

BSG mm n.W.: _____

CRP (mg/l): _____

Leukozyten (/µl): _____

Hämoglobin (g/dl): _____


Thrombozyten (/µl): _____

Sonstige wichtige Befunde/ Informationen:

(Labor; Bildgebung; Begleiterkrankungen ...)

Bitte Vorbefunde (Labor, Röntgen-, CT-, MRT-Bilder, Arztbriefe) und einen Überweisungsschein mitgeben!

Vorgehen am Termin für alle Sprechstunden: Bitte 30 Minuten vor dem vereinbarten Termin in der Rheumatologischen Ambulanz im Gebäude 18.11 U1 (Haus Himmelgeist an der Moorenstraße Ecke Himmelgeist Straße) an der Leitstelle melden.

Für Rückfragen: E-Mail: RheumaAmbulanz@med.uni-duesseldorf.de -  0211-81-18421

Ausfüllen durch Rheuma-Ambulanz: vereinbarter Termin ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr