Anmeldung Rheuma-Ambulanz: an FAX 0211- 811-9953

☐ **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. Um dies zu vermeiden, möchten wir bevorzugt Patienten aus unserem Einzugsgebiet, bei denen noch keine Vorstellung bei einem Rheumatologen erfolgt ist, eine Untersuchung anbieten. Wir bitten, andere Patienten in Heimatnähe rheumatologisch vorzustellen bzw. eine Wiedervorstellung bei dem vorbehandelnden Rheumatologen zu vereinbaren. Sollte eine **Zweitmeinung** erforderlich sein, sind wir gerne bereit, auf Anfrage des betreuenden Rheumatologen einen Termin hierzu zu vereinbaren**.**

War der Pat. bereits bei einem Rheumatologen? bitte WV dort! (s.o.!)
☐ **NEIN** ☐ **JA** **Wann?/wo?:**

☐ ALLGEMEINE RHEUMA-AMBULANZ

☐ KOLLAGENOSE/VASKULITIS-AMBULANZ

☐ ZUZUG oder TRANSITION

☐ SCHWANGERSCHAFTSSPRECHSTUNDE

☐ ZWEITMEINUNGSSPRECHSTUNDE
Einmalige Mitbeurteilung. Die Weiterbetreuung erfolgt beim vorbehandelnden Rheumatologen.

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

NAME/ VORNAME DES PATIENTEN

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

Wichtig: Ohne folgende Angaben können wir keinen Termin vergeben! Unsere Wartezeiten betragen in der Regel 4-6 Mon.
Aktuelle Beschwerden:

seit: __ . Monat.Jahr *(unbedingt angeben)*

Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

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 Himmelgeister Straße) an der Leitstelle melden.
Für Rückfragen: ☎ 0211-81-18421 - E-Mail: RheumaAmbulanz@med.uni-duesseldorf.de

---

Ausfüllen durch Rheuma-Ambulanz: vereinbarter Termin um Uhr