Anmeldung Rheuma-Ambulanz

Bitte per Fax an 0211-81-19953 oder postalisch oder persönlich einreichen

Patienten-Neuvorstellung ☐ **Wiedervorstellung** (bekannter Patient) ☐

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege!
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 (BITTE ARZTBERICHT MITSCHICKEN)

☐ SCHWANGERSCHAFT
☐ VASKULITIS
☐ ZWEITMEINUNG
☐ TRANSITION
☐ SYSTEMISCHER LUPUS (SLE)
☐ SYSTEMISCHE SKLEROSE
☐ MYOSITIS
☐ ANDERE KOLLAGENOSE (z. B. MCTD, SJÖGREN)

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

Ohne folgende Angaben vergeben wir keinen Termin!

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

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