

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:

Vorname:

Stempel

Geburtsdatum:

Telefonnummer der Eltern:

Leitsymptom

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

Weitere Informationen:

Dauer der Beschwerden

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

Falls möglich, bitten wir 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 stellen wir gerne zur Verfügung.

Lokalisation

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

Bitte alle Befunde in Kopie faxen.

FAX: 0211-81-16539

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

Bei Rückfragen nutzen Sie bitte neben der Telefonnummern 0211-81-18297 (Terminvergabe), 0211-81-16341 (Bereichssekretariat) auch die e-mail-Adresse KinderRheumImmun@med.uni-duesseldorf.de

Zusatzinformationen

Fieber: ja / nein

Weitere Symptome:
Exanthem/Bauchschmerzen/Abgeschlagenheit/Nächtliche Schmerzen (zutreffendes unterstreichen)

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Ihr Team der KA02-Ambulanz