

**Patienten Daten ( bitte vervollständigen ! )**

**Name/Vorname:**

**Geb.:**

**Adresse:**

**Telefonnummer:**

**Krankenkasse :**

**Centrum für Chronische Immundefizienz  
Medizinische Universitätsklinik Freiburg**

Medizinischer Direktor: Prof. Dr. Reinhard Voll  
Oberarzt Prof. Dr. med. Klaus Warnatz  
Wissenschaftlicher Direktor: Prof. Dr. Stephan Ehl

Hugstetterstr. 55, D-79106 Freiburg  
Telefon 0761-270-37500  
Fax 0761-270-77650

Sprechzeiten Immundefekt-Ambulanz :  
Mo., Di., Do. 08.00 – 14.00 Uhr

**FAX an: 0761/270-77650 CCI Ambulanz**

Besondere Dringlichkeit :     nein     ja, Begründung:

**Überweisungsgrund / Verdachtsdiagnose:**

kurze Anamnese, insbesondere Art und Lokalisation der Infekte, **relevante Befunde**  
(Diff.BB, Immunglobuline (IgG, IgA, IgM, IgE), Röntgenaufnahme, weitere Diagnostik)

Nebendiagnosen:

**bitte wesentliche Arztberichte und Befunde unbedingt an Fax anhängen, wichtig  
IgG, IgA, IgM, ohne diese Angaben ist eine Terminvergabe nicht möglich!**

*Praxisstempel und Faxnummer*

Der/die o.g. Patient/in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an die Immundefektambulanz per FAX übermittelt werden und dabei eine komplette Anonymität nicht gewährleistet werden kann.

\_\_\_\_\_ **(Unterschrift des Arztes)**

- Termin vergeben für den \_\_\_\_\_
- aufgrund vorliegender Befunde kein Anhalt für Immundefekt, deshalb derzeit keine Terminvergabe
- Bitte um Übersendung weiterer Befunde: