

**Patientendaten:**

Name/Vorname:

Geb.:

Adresse:

Telefonnummer:

Kasse

Privat

**MEDIZINISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK**  
**Rheumatologie und Klinische Immunologie**  
**Ärztlicher Direktor:**  
**Universitätsprofessor Dr. med. Reinhard Voll**

Adresse: Hugstetterstr. 55, D-79106 Freiburg

Telefon 0761-270-34480

Telefax -34460

Tel. Sekretariat -34490

**Ambulanz Sekretariat:** 0761-270 -35440

**Fax:** 0761-270 -35310

**FAX an: 0761/270-35310**

**Rheumaambulanz und Rheuma-Akut-Ambulanz**

Besondere Dringlichkeit:

- Notfall
- Termin innerhalb von 3 Monaten

(Routineterminvergabe i.d.R innerhalb von 6 Monaten, Anmeldung Tel. 0761/270-35440)

Begründung:

Überweisungsgrund (kurze Anamnese und Befunde, Verdachtsdiagnose):

- Bereits vorhandene relevante Untersuchungen (Labor, immunolog. Labor, Röntgenaufnahme, weitere Diagnostik) : **bitte wesentliche Befunde unbedingt an Fax anhängen**
- Nebendiagnosen:

**OHNE ZUSATZANGABEN IST EINE TERMINVERGABE LEIDER NICHT MÖGLICH!**

Anforderungsdatum:

Vergebener Termin:

*Für Rückfragen und Terminmitteilung an:*

(bitte Praxisstempel mit Name, Telefon und

Faxnummer des überweisenden Arztes)

**Bitte Rückruf falls der angegebene Termin nicht eingehalten werden kann!**

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

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