

Krankenkasse bzw. Kostenträger \_\_\_\_\_

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name der Eltern \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Anfordernde/r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon: (alternativ) \_\_\_\_\_

Fax: (Praxisstempel) \_\_\_\_\_

## Fax-Anmeldung für die Ambulanz der Pädiatrischen Rheumatologie

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wenn Sie uns einen neuen Patienten für unsere Rheumaambulanz anmelden möchten, senden Sie uns bitte einige Angaben im Voraus. Damit ermöglichen Sie uns einen effizienteren Ablauf.

### (Verdachts-)Diagnose oder Leitsymptom(e)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dauer der Beschwerden: \_\_\_\_\_

### Bisherige Diagnostik (falls durchgeführt)

#### Immunologie

ANA:  positiv /  negativ (Titer: \_\_\_\_\_)

Rheumafaktor:  positiv /  negativ HLA-B27:  positiv /  negativ

Borrelien-Serologie: \_\_\_\_\_

#### Röntgen

Datum: \_\_\_\_\_ Wo durchgeführt: \_\_\_\_\_

#### MRT

Datum: \_\_\_\_\_ Wo durchgeführt: \_\_\_\_\_

Augenärztlicher Befund: \_\_\_\_\_

Wo durchgeführt: \_\_\_\_\_

### Bisherige Therapie (falls zutreffend)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte faxen Sie diese Angaben an **0761-270 44730**

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

PD Dr. Markus Hufnagel für das Freiburger Rheuma-Team  
Oberarzt, Sektion Pädiatrische Infektiologie und Rheumatologie