

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Nicht vollständig ausgefüllte Anmeldungen können nicht bearbeitet werden!
Wir prüfen alle eingehenden Formulare sorgfältig, können aber aus Gründen beschränkter Kapazität leider nicht alle Anmeldungen berücksichtigen. Vor allem Patientinnen und Patienten, die bereits rheumatologisch betreut werden und/oder ohne eindeutigen Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung sind, müssen wir bedauerlicherweise ablehnen.



Department Innere Medizin
 Klinik für Rheumatologie
 und Klinische Immunologie

Ärztlicher Direktor
 Universitätsprofessor
 Prof. Dr. Reinhard E. Voll
 Hugstetter Straße 55
 79106 Freiburg

Rheuma-Ambulanz

Anmeldung
 Montag bis Freitag
 9:00 - 12:00 Uhr

Telefon: 0761 270-35440
Telefax: 0761 270-35310
 med-rheuma@
 uniklinik-freiburg.de

Patientendaten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Kasse Privat

Anmeldung Rheuma-Ambulanz

Notfall Begründung: _____

Routinetermin

Arthralgien Arthritis (eindeutige Schwellung) Kollagenose Vaskulitis

Überweisungsgrund (kurze Anamnese und Befunde, Verdachtsdiagnose)

Für eine beschleunigte Terminvergabe bitte bereits vorhandene Befunde unbedingt beifügen!
 (Labor, immunologisches Labor, bildgebende Diagnostik, weitere Diagnostik, etc.)

CRP [mg/l]: _____	Hb: _____	ANA: _____	Bei V.a. Rheumatische Arthritis obligat - CCP: _____
Leukozyten [1000µl]: _____	Thrombozyten: _____	ANCA: _____	Bei V.a. Kleingefäß-vaskulitis obligat - ANCA: _____
BSG: _____	Kreatinin: _____	HLA-B27: _____	Bei V.a. Spondyloarthritis - HLAB 27: _____
Rheumafaktor: _____	Ferritin: _____		

Urin Stix

Eiweiss: _____ Leukozyten: _____ Erythrozyten: _____

Bildgebende Diagnostik (Befunde bitte beifügen!)

Röntgen Szintigraphie MRT CT

Nebendiagnosen

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

Anfordernde/r Ärztin/Arzt: _____

Telefon: (alternativ Praxisstempel) _____

Fax: _____

Datum _____

ärztliche Unterschrift und Stempel _____

Wird von der Rheumatologie (RvD) ausgefüllt!

Anforderungsdatum: _____

Termin: nein ja