



**Patientendaten**

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

tel. erreichbar:

Krankenversicherung:

Kasse:

Privat:

Besondere Dringlichkeit:

Notfall

Begründung: Ü[ ~ ä ^

Routinetermin

Arthralgien

Arthritis (eindeutige Schwellung)

Kollagenose

Vaskulitis

**Anmeldung**

**Rheuma-Ambulanzen**

Montag bis Freitag

JK€€ - 12:00 Uhr

ÄÄ

**Telefon 0761 270-35440**

**Fax 0761 270-35310**

**E-Mail: med-rheuma@uniklinik-freiburg.de**

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
Leukozyten 1000µl	Thrombozyten	ANCA
BSG	Kreatinin	HLA-B27
Rheumafaktor	Ferritin	

**Urin Stix**

Eiweiss  
Leukozyten  
Erythrozyten

**Bildgebende Diagnostik (Befunde bitte beifügen!)**

Röntgen  
Szintigraphie  
MRT  
CT

Nebendiagnosen:

Behandelnde/r Ärztin/Arzt:

Bitte Name in Druckbuchstaben,

Praxisstempel, **Telefon- und Faxnummer:**

**Anforderungsdatum:**

**Sollte der Termin nicht eingehalten werden können, bitten wir um frühzeitige Absage!**

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.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

**RvD:**

**Termin: nein ja**