

Immundefektdiagnostik an der
Medizinischen Uniklinik
Hugstetter Str. 55
D-79106 Freiburg

Tel. 0761 270-77640

Anmeldung zur Diagnostik bei V. a. Immundefekt

Name, Vorname:	Verdachtsdiagnose: V. a. Immundefekt aufgrund von: <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Immundysregulation <input type="checkbox"/> Malignität <input type="checkbox"/> Syndromale Manifestationen <input type="checkbox"/> Auffällige Laborwerte Überweisender Arzt (Anschrift, Tel. Nr., FAX Nr.) Praxisstempel
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Tel. privat:	
Tel. Handy:	
E-Mail:	
Krankenkasse:	

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

um Ihre Anfrage bzgl. Diagnostik bei V.a. Immundefekt zeitnah und gezielt zu beantworten, bitten wir Sie um Vorlage aller relevanten Arztberichte und Vorbefunde, die auf einen Immundefekt hinweisen, incl. detaillierter Anamnese bzgl. Hinweis auf Immundefekt, aktuelles Diff.BB, Kreatinin, Urinstatus, GPT, yGT, CRP und Serumspiegel von IgG, IgA, IgM und IgE.

Bitte schicken Sie uns die Unterlagen zusammen **mit einem Überweisungsschein, bzw. der Kostenübernahmeerklärung für Privatpatienten ausschließlich per Post** an oben genannte Adresse zu.

Nach Durchsicht werden wir Sie innerhalb von 4 – 6 Wochen schriftlich kontaktieren und ggf. um Einsendung von Blut zur weiteren Diagnostik bitten. Abhängig vom Ergebnis kann dann eine persönliche Vorstellung des Patienten in der Ambulanz der Sektion für Immundefizienz am Universitätsklinikum Freiburg sinnvoll werden.

☐ **Besondere Dringlichkeit** wegen _____

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Prof. Dr. Klaus Warnatz

Einverständniserklärung des Patienten:

- ☐ Ich bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten per Post an die Uniklinik Freiburg übermittelt und dort gemäß DSGVO weiter verarbeitet werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass der anmeldende Arzt über weitere Maßnahmen kontaktiert wird. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig, sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich an o.a. Adresse widerrufen werden. Im Widerrufsfall gilt dieser allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift des Patienten _____

Bitte unbedingt beilegen:

- ☐ Überweisungsschein oder
- ☐ Privatärztliche Abrechnungsvereinbarung + Datenschutzerklärung Abrechnung
(Hinweis: Möglicherweise wird ein Teil der Kosten nicht von allen PK-Versicherungen übernommen)