

Medizinische Klinik und Poliklinik IV
 Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie
 Leiter: Prof. Dr. med. Hendrik Schulze-Koops

Med. Klinik und Poliklinik IV, Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie
 Ziemssenstraße 5, 80336 München

Leitung / Direktor
 Prof. Dr. med. Hendrik Schulze-Koops

Terminanfrage für eine
Erstvorstellung
 in der rheumatologischen Ambulanz des
 Klinikums der Universität München

**Sektion Rheumatologie und
 Klinische Immunologie - Ambulanz**

Tel. +49 89 4400-31742
 Fax +49 89 4400-53719

www.lmu-klinikum.de

**Ziemssenstraße 5
 80336 München**

Postanschrift
 Pettenkoferstraße 8a
 80336 München

Sehr geehrter Zuweiser,

bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular, einen kurzen **Arztbrief**, in dem aktuelle Beschwerden, relevante Vorbefunde, Vortherapien und Nebendiagnosen zusammengefasst sind, sowie **aktuelle Laborbefunde** (siehe unten) per **Fax (+49 89 4400-53719)** zu. Nach Durchsicht dieser Unterlagen werden wir Sie zeitnah kontaktieren. Bitte beachten Sie, dass wir ausschließlich Ihnen als ärztlichem Zuweiser antworten dürfen.

Bitte geben Sie den Termin der Rheuma-Ambulanz daher an Ihre Patientin/Ihren Patienten weiter. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ohne diese Unterlagen keine Termine vergeben werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
 Ihre Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie

Zuweiser: (Praxisstempel)

Tel. Direktdurchwahl/Arzt: _____
 Patientennamen: _____
 Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____
 Krankenkasse: _____

Grund der Vorstellung / Verdachtsdiagnose → → →	Bitte fügen Sie folgende Laborwerte dieser Terminanfrage bei:
<input type="checkbox"/> V.a. periphere Arthritis	CRP BSG Blutbild RF, anti-CCP
<input type="checkbox"/> V.a. Kollagenose	CRP BSG Blutbild ANA, anti-dsDNS, CK
<input type="checkbox"/> V.a. Vaskulitis	CRP BSG Blutbild ANA, ANCA
<input type="checkbox"/> V.a. Fieber unklarer Genese	CRP BSG Blutbild
<input type="checkbox"/> V.a. Spondylarthritis	CRP BSG Blutbild HLA-B27
<input type="checkbox"/> Andere	CRP BSG Blutbild



02000001 Anamnese

 Datum, Unterschrift zuweisende/r Ärztin/ Arzt