

**Fax-Anmeldung (F 0251 83-41102)**  
(durch überweisende Praxis)

Name/Vorname/Geburtsdatum der Patient\*in:

Telefon (Eltern / Praxis):

Diagnose/Verdachtsdiagnose:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
– Pädiatrische Rheumatologie und Immunologie –

**Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Föll**  
Direktor

Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W30  
Anfahrtsadresse: Waldeyerstraße 30 (ZMK-Klinik)  
48149 Münster  
www.ukm-lageplan.de

T +49 251 83-41100  
F +49 251 83-41102

kinderrheumatologie@ukmuenster.de  
www.ukm.de

**Überweisungsart:**

- Überweisung an SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) - zur umfassenden Diagnostik und Weiterbehandlung  
 Überweisung an HSA (Hochschulambulanz) - Mitbeurteilung und Beratung ohne erweiterte Labor- und apparative Diagnostik

**Vorstellungsgrund / Fragestellung:**

**Wichtige Aspekte der bisherigen Krankengeschichte:**

**Terminwunsch:**  Notfallmäßig (bitte auch Anruf)     Dringend     Regulär

Bitte geben Sie den Patient\*innen **alle relevanten Vorbefunde und Arztbriefe** für die Vorstellung bei uns mit.  
Bei komplizierten Verläufen/Zweitmeinungen möchten wir Sie bitten, vorhandene Befunde und Arztbriefe vorab  
an uns zu schicken. Die Eltern sollten neben den Vorbefunden auf jeden Fall das **gelbe Untersuchungsheft**  
sowie den **Impfpass** mitbringen.

**Rückmeldung bitte an:** Patient  Praxis

Vertragsarztstempel/Unterschrift des zuweisenden Arztes

**Von Mitarbeiter/in der Kinderrheumatologie auszufüllen.**

Termin am .....

in .....

Termin mitgeteilt

an Patient  Praxis  am .....

Unterschrift

