

Universitätsklinikum Münster . 48129 Münster . [12800]

Arztformular
Erstvorstellung in der
Sektion für Rheumatologie und Klinischen Immunologie

Universitätsklinikum Münster
Medizinische Klinik D
Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie

Univ.-Prof. Dr. med. Martin A. Kriegel
Sektionsleiter

Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
Anfahrtsadresse: Albert-Schweitzer-Str. 33
48149 Münster
www.ukm-lageplan.de

Ambulanz:
T +49 251 83-44994
F +49 251 83-56429
Servicezentrale: T +49 251 83-55555
E-Mail: ambulanz-medd@ukmuenster.de
www.ukm.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu allen Terminanfragen bitten wir um Übersendung eines
vollständig ausgefüllten Formulars, inklusive aller Vorbefunde durch Ihren überweisenden
Arzt/Ihre überweisende Ärztin.

Wir bitten um Übersendung der Unterlagen per Post,
per Mail (ambulanz-medd@ukmuenster.de) oder per Fax (0251/8356429).
Ihre Anfrage wird bei fehlender Vollständigkeit nicht bearbeitet.

Nach Durchsicht der Unterlagen werden wir Ihnen eine Rückmeldung zu Ihrer Terminanfrage
geben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihre Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie

Bitte Seite 2 ausfüllen und mit Praxisstempel und Unterschrift an uns zurück!



Arztformular – Erstvorstellung Rheumatologie

Praxisstempel: Telefon (Direktdurchwahl) Arzt/Ärztin:	Patientendaten	
	Name:	
	Vorname:	
	Geburtsdatum:	
	Telefonnummer:	
	E-Mail-Adresse:	
	Anschrift:	
	Krankenkasse:	
Grund der Vorstellung →		Bitte fügen Sie die jeweiligen Laborwerte im Anhang an:
<input type="checkbox"/> (V.a.) periphere Arthritis		→CRP, BSG, Blutbild, RF, anti-CCP-AK
<input type="checkbox"/> (V.a.) Kollagenose		→CRP, BSG, Blutbild, ANA, ggf. anti-dsDNA
<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.) Spondyloarthritis		→CRP, BSG, Blutbild, HLA-B27
<input type="checkbox"/> Andere		→CRP, BSG, Blutbild
Beschwerdedauer:		<input type="checkbox"/> bis zu 3 Monate <input type="checkbox"/> länger als 3 Monate
Hinweise auf Systembeteiligung (bitte Befunde beifügen)		<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Raynaud-Symptomatik <input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> (Schleim-)Haut <input type="checkbox"/> Hals/Nase/Ohren <input type="checkbox"/> Muskeln <input type="checkbox"/> Gefäße
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkschwellungen		<input type="checkbox"/> asymmetrisch <input type="checkbox"/> symmetrisch <input type="checkbox"/> 1 Gelenk <input type="checkbox"/> 2-4 Gelenke <input type="checkbox"/> > 4 Gelenke <input type="checkbox"/> große Gelenke <input type="checkbox"/> kleine Gelenke (z. B. Hände) <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> belastungsunabhängig <input type="checkbox"/> morgendlich betont, Dauer der Morgensteife: _____ Std.
Grund der aktuellen Vorstellung		<input type="checkbox"/> Beschwerden bisher unklar (Diagnosesicherung) <input type="checkbox"/> Mitbeurteilung bei bekannter rheumatolog. Erkrankung <input type="checkbox"/> Zweitmeinung <input type="checkbox"/> Verlaufs-/Therapiekontrolle bei bekannter rheumatologischer Erkrankung
Wurde bereits eine Kortisontherapie eingeleitet?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ mg/Tag (Prednisolonäquivalent) seit:
Bitte fügen Sie folgende Unterlagen hinzu:		<ul style="list-style-type: none"> • Überweisung mit Vorstellungsgrund • Aktuelle und ältere Laborwerte • Aktuelle Medikamentenliste • Bisherige Rheumamedikamente, falls eine Therapie bestand/besteht • Arztberichte • Befunde von Untersuchungen (z.B. CT, MRT etc.)