

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](http://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](mailto:ambulanz-medd@ukmuenster.de)  
[www.ukm.de](http://www.ukm.de)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitten Sie Ihren überweisenden Arzt/ Ihre überweisende Ärztin, uns das **vollständig** ausgefüllte Formular **inklusive sämtlicher Vorbefunde**, zukommen zu lassen.

Das ist eine **Voraussetzung** für die Bearbeitung und Einschätzung der Dringlichkeit der Terminvergabe. Die Anfrage wird bei fehlender Vollständigkeit nicht bearbeitet.

Nach Durchsicht der Unterlagen werden wir eine Rückmeldung hinsichtlich Ihrer Anfrage geben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihre Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie

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



<b>Praxisstempel:</b>  Telefon (Direktdurchwahl) Arzt/Ärztin:	<b>Patientendaten</b>	
	Name:	
	Vorname:	
	Geburtsdatum:	
	Telefonnummer:	
	Anschrift:	
		Krankenkasse:
<b>Grund der Vorstellung → Bitte fügen Sie die jeweiligen Laborwerte im Anhang an:</b>		
<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	
<b>Beschwerdedauer:</b>	<input type="checkbox"/> bis zu 3 Monate	<input type="checkbox"/> länger als 3 Monate
<b>Hinweise auf Systembeteiligung (bitte Befunde beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen <input type="checkbox"/> Raynaud-Symptomatik <input type="checkbox"/> (Schleim-)Haut <input type="checkbox"/> Muskeln <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> Hals/Nase/Ohren <input type="checkbox"/> Gefäße	
<input type="checkbox"/> <b>Gelenkschmerzen</b> <input type="checkbox"/> <b>Gelenkschwellungen</b>	<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.	
<b>Grund der aktuellen Vorstellung</b>	<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	
<b>Wurde bereits eine Kortisontherapie eingeleitet?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ mg/Tag (Prednisolonäquivalent) seit: _____	
<b>Bitte fügen Sie folgende Unterlagen hinzu:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überweisung mit Vorstellungsgrund</li> <li>• Aktuelle und ältere Laborwerte</li> <li>• Aktuelle Medikamentenliste</li> <li>• Bisherige Rheumamedikamente, falls eine Therapie bestand/besteht</li> <li>• Arztberichte</li> <li>• Befunde von Untersuchungen (z.B. Röntgen, MRT, Ultraschall)</li> </ul>	