

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

Patientendaten

Telefon (Eltern / Praxis)

Diagnose

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

Univ.-Prof. Dr. med. D. 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

Vorstellungsgrund / Fragestellung

Kurze Zusammenfassung der bisherigen Krankengeschichte

Terminwunsch

Bitte geben Sie den Patienten **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

