

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Praxisstempel (Hausarzt)

---

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Telefon Nr. Patient: \_\_\_\_\_

## Fax Anmeldung Rheumatologische Ambulanz Tübingen Terminvergabe für neue Patienten

**Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,**

aufgrund der starken Nachfrage und konsekutiven Terminengpässen sind wir gezwungen Anfragen für Neupatienten und Patienten, welche mehrere Jahre nicht in unserer Betreuung waren, nur nach Anmeldung einer überweisenden Praxis anzunehmen. Wir bitten Sie hier um Verständnis.

Um die Vorauswahl und Dringlichkeit zu vereinfachen bitten wir Sie uns möglichst alle relevanten Voruntersuchungen zur Verfügung zu stellen. Generell können wir als universitäre Hochschulambulanz nicht alle Rheuma-Patienten über unsere Ambulanz betreuen. Vor allem komplexe, entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen werden durch uns versorgt. Arthrosen und Schmerzsyndrome gehören nicht zu unserem Versorgungsspektrum.

Sie erleichtern uns die korrekte Zuordnung der Patienten, wenn Sie uns möglichst viele Informationen und Ihre Verdachtsdiagnose im Vorfeld mitteilen. Die Vorstellungstermine werden nach Dringlichkeit der zuständigen Praxis per Fax übermittelt.

Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

Handelt es sich um einen Notfall?  Ja; Bitte Notfall-Rückrufnummer angeben: \_\_\_\_\_

**Anmeldung für:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>M. Behçet Sprechstunde</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>Risikoschwangerensprechstunde</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Systemsklerosesprechstunde</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>Periodische Fiebersyndrome</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>Studienambulanz</b>                               | <input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Sprechstunde</b>       |
| <input type="checkbox"/> <b>Früharthritissprechstunde (gesonderter Bogen)</b> |   |

BSG: .....mm/h und/oder CRP: .....mg/dl oder .....mg/l

**Entzündliche Veränderungen in der Bildgebung?**

**Freitext:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rheumatologisch-Immunologische Ambulanz  
Universitätsklinikum Tübingen; Medizinische Universitätsklinik; Abteilung II

Otfried-Müller-Straße 10; 72076 Tübingen  
Telefon (07071) 29-84095 // Fax (07071) 29-2763