

Terminanfrage für eine Erstvorstellung in der Rheumatologischen Spezialambulanz

Fax: 0931-201-640100

ambulant

stationär

Zuweiser: (Praxisstempel + Direktdurchwahl Arzt)

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon (Patient): _____

Krankenkasse: _____

Grund der Vorstellung (Verdachtsdiagnose):

Dauer der Symptome, die zur Vorstellung führen: _____

Bisherige Diagnostik (Labor, Bildgebung):

Vortherapien:

Vorstellung beim Rheumatologen bereits erfolgt: ja nein
Wenn Ja, Rheumatologe: _____

Weitere Mitteilungen:

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und schicken uns die relevanten Vorbefunde als Anhang mit. **(Ohne diese Befunde kann keine Terminvergabe erfolgen!)**

Nach Durchsicht dieser Unterlagen werden wir Sie/den Patienten zeitnah kontaktieren.

Vielen Dank für die Informationen!



DGRh Rheumazentrum
Würzburg

Rheumatologie / Klinische Immunologie

Leiter:
Prof. Dr. H.-P. Tony

Oberarzt:
Dr. M. Schmalzing

**Sekretariat /
Anmeldung**
Fr. T. Ritz /
Fr. S. Zielke
Tel. (0931) 201-40100
Fax (0931) 201-640100

**Rheumatologische
Ambulanz**
Tel. (0931) 201-40100
Fax (0931) 201-640100

Station M43
Stationssekretariat:
Tel. (0931) 201 44931
Fax (0931) 201-644310
Ärzte:
Tel. (0931) 201-44311
Pflege:
Tel. (0931) 201-44300

Studienzentrale
Tel. (0931) 201-40110
Fax (0931) 201-640110

**Immunologisches
Labor**
Tel. (0931) 201-40712
Fax (0931) 201-640712

Rheumazentrum
Mail: MP_RHZ@ukw.de
Fax (0931) 201-640100

www.klinik.uni-
wuerzburg.de/medizin2/
rheumatologie

