

## **ANMELDUNG Rheumatologisches Konsilium**

Patient aufbieten  Untersuchung für den ..... bereits vereinbart

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Strasse:** \_\_\_\_\_ **PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

## Erstuntersuchung      Verlaufsuntersuchung

## Verlaufsuntersuchung

**dringend** (bitte zusätzlich telefonisch anmelden)     **so bald als möglich**     **regulär**

Dr. med. D. Bär     Dr. med. J. Cooper     Dr. med. K. Heinimann-Wittwer     Dr. med. U. Schafroth

Med. pract. N. Kreuzer     egal

Ablärfung, Diagnosestellung und Therapieempfehlung       u. Therapieübernahme (Basismedikation)

## **Diagnose/Arbeitshypothese/Verlauf**

---

---

---

---

---

**Bitte um Beilage folgender Dokumente:**

- Aktuelle Medikamenten- und Diagnosenliste
- relevante Laboruntersuchungen
- relevante radiologische Befunde

## Anmerkung und Wünsche

## **Praxisstempel:**