

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Dr. med. MUDr. Valentin S. Schäfer
Leiter der Rheumatologie
Leiter des Sonographie Zentrums
Facharzt für Innere Medizin und
Rheumatologie

Tel: +49 (0) 228 287-17000
Fax: +49 (0) 228 287-22635
valentin.schaefer@ukbonn.de

Sekretariat Prof. Brossart

Tel: +49 (0) 228 287-22234
Fax: +49 (0) 228 287-22635
heike.lerbs@ukbonn.de

Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Klinik und Poliklinik III
für Innere Medizin – Onkologie,
Hämatologie, Immunonkologie und
Rheumatologie (Gebäude 20)

Pforte der Klinik (von 7 bis 21 Uhr besetzt)
Tel.: 0228-287-17050

Hämatologische/Onkologische/
Immunonkologische Ambulanz

Tel: 0228-287-17000
Fax: 0228-287-9080052

KMT-Ambulanz

Tel: 0228-287-17159
Fax: 0228-287-9080056

KMT-Station

Tel: 0228-287-17407
Fax: 0228-287-9080046

Tagesklinik

Tel: 0228-287-17150
Fax: 0228-287-9080058

Rheumatologie

Tel: 0228-287-22219
Fax: 0228-287-22032

Station Paul-Ehrlich II

Tel: 0228-287-17300
Fax: 0228-287-9080048

Station Liebermeister I und II

Tel: 0228-287-17400
Fax: 0228-287-9080046

Spezielle Internistische Intensivmedizin

Tel: 0228-287-17200

Fax: 0228-287-9080052



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
sehr geehrte/r Frau/Herr Patientin/Patient,

Sie haben in unserer rheumatologischen Ambulanz angerufen, um
einen Termin für eine ambulante Vorstellung zu erhalten. Um die
Wartezeiten zu reduzieren, erfolgt die Anmeldung für die Ambulanz
per Faxformular über den Hausarzt.

Wir bitten Sie, den ausgefüllten Patientenfragebogen, einschließlich
der nachfolgend aufgeführten Unterlagen, im Vorfeld über Ihren
Hausarzt an unsere Ambulanz faxen zu lassen!

- Aktuelle Beschwerden seit __ Tagen / __ Wochen /
__ Monaten
- Gelenkschmerzen? (Fingergelenke, Fußgelenke, sonstige
Gelenke?)

-
- Gelenkschwellungen? (Fingergelenke, Fußgelenke,
sonstige Gelenke?)
-



- Nächtlicher Rückenschmerz mit Erwachen?: Nein Ja, seit wann?:
- Rheumatologische Vorerkrankungen (bekannt, wie z.B. rheumatoide Arthritis, Psoriasisarthritis, Morbus Bechterew) _____
- Nehmen Sie z.Zt. Schmerzmittel, Cortison oder andere rheumatologische Medikamente ein? (Wenn ja, welches Medikament, welche Dosierung).

Damit Sie einen Vorstellungstermin von uns erhalten können, bitten wir Sie:

- Folgende Befunde **bitte zwingend vorab zufaxen:**
- CRP / RF / CCP
- relevante Arztberichte und Krankenhausentlassberichte
- schriftliche Befundberichte aktueller Röntgenbilder / MRT- oder CT-Aufnahmen falls vorhanden (der letzten 2 Jahre)
- aktuelle Überweisung des Hausarztes

Wir melden uns bez. des Termines bei Ihnen, bitte auf telefonische Nachfragen verzichten.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, stehen wir unter der Telefonnummer 0228-287 17000 und Fax-Nummer: 0228-2879080052 gerne zur Verfügung.

Wir bitten um telefonische Rücksprache durch Ihren behandelnden Hausarzt, falls in der Zwischenzeit neue oder stärkere Beschwerden auftreten sollten, weswegen eine sofortige Vorstellung erfolgen muss.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med MUDr. Valentin S.Schäfer
Leiter der Rheumatologie
Medizinische Klinik und Poliklinik III