

Terminanfrage für eine
Wiedervorstellung
in der rheumatologischen Ambulanz des
Klinikums der Universität München

**Sektion Rheumatologie und
Klinische Immunologie - Ambulanz**

Tel. +49 89 4400-31742
Fax +49 89 4400-53719

www.lmu-klinikum.de

**Ziemssenstraße 5
80336 München**

Postanschrift
Pettenkoferstraße 8a
80336 München

Sehr geehrte Zuweiser,

bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular, einen **Arztbrief**, aus dem die Notwendigkeit der Wiedervorstellung hervorgeht, sowie **aktuelle Laborbefunde** per **Fax (+49 89 4400-53719)** zu. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ohne diese Unterlagen keine Termine vergeben werden.**

Nach Durchsicht dieser Unterlagen werden wir Sie zeitnah kontaktieren. **Bitte geben Sie den Termin der Rheumaambulanz dann an Ihre Patientin/Ihren Patienten weiter.**

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihre Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie

Zuweiser: (Praxisstempel)

Direktdurchwahl Arzt: _____

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Datum, Unterschrift zuweisende/r Ärztin/ Arzt