

Erstvorstellung in unserem  
**MVZ für Rheumatologie Dr. M. Welcker**

Sehr geehrte Zuweiser,

bitte füllen Sie untenstehende Fragen vollständig aus.  
 Sollten Ihnen bereits Befunde (z.B.: Bildgebung, Labore o.ä.) vorliegen,  
 senden Sie diese gemeinsam mit einem **Überweisungsschein** per KIM, Fax oder E-Mail an uns:

**KIM** mvz-rheumatologie.631987700@i-motion.kim.telematik  
**Fax** 089 893 566 929  
**E-Mail** kontakt@rheumatologie-welcker.de

Wir melden uns zeitnah **direkt** bei Ihrem Patienten.

Patientenname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Dauer der Beschwerden: \_\_\_\_\_

Grund der Vorstellung / Verdachtsdiagnose:	Bitte fügen Sie folgende Laborwerte dieser Terminanfrage bei:
V.a. periphere Arthritis, z.B. rheumatoide Arthritis	CRP, BSG, RF, anti CCP
V.a. axiale Spondylarthritis	CRP, BSG, HLA-B27
V.a. Vaskulitis	CRP, BSG, ANA, ANCA
V.a. Fieber unklarer Genese	CRP, BSG
V.a. Kollagenose	CRP, BSG, ANA, anti - dsDNS, CK
Andere	CRP, BSG

**Bitte beachten Sie:**

Ohne die oben genannten Angaben, können wir leider keinen Termin vergeben.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift