

**Immundefektdiagnostik an der
Sektion Rheumatologie
Medizinische Klinik III
Universitätsklinikum Bonn**

Tel. 0228/28717000
Rheumatologie@ukbonn.de

Anmeldung zur Diagnostik bei V.a. Immundefekt

Name, Vorname:	Verdachtsdiagnose: V. a. Immundefekt aufgrund von: <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Immundysregulation <input type="checkbox"/> Malignität <input type="checkbox"/> Syndromale Manifestationen <input type="checkbox"/> Auffällige Laborwerte Überweisender Arzt (Anschrift, Tel. Nr., FAX Nr.) Praxisstempel
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Tel. privat:	
Tel. Handy:	
E-Mail:	
Krankenkasse:	

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

um Ihre Anfrage bzgl. Diagnostik bei V.a. Immundefekt zeitnah und gezielt zu beantworten, bitten wir Sie um Vorlage **aller relevanten Arztberichte und Vorbefunde, die auf einen Immundefekt hinweisen, incl. Detaillierter Anamnese bzgl. Hinweis auf Immundefekt, aktuelles Diff.BB, Kreatinin, Urinstatus, GPT, yGT, CRP und Serumspiegel von IgG, IgA, IgM und IgE.**

Bitte schicken Sie uns die Unterlagen zusammen mit einem Überweisungsschein, bzw. der Kostenübernahmeerklärung für Privatpatienten ausschließlich per Post an oben genannte Adresse zu.

Nach Durchsicht werden wir uns direkt beim Patienten bezüglich des Termins melden.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr.med. MUDr. Valentin S. Schäfer

Einverständniserklärung des Patienten:

- ☐ Ich bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten per Post an die Uniklinik Bonn übermittelt und dort gemäß DSGVO weiterverarbeitet werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass der anmeldende Arzt über weitere Maßnahmen kontaktiert wird. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig, sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich an o.a. Adresse widerrufen werden. Im Widerrufsfall gilt dieser allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift des Patienten _____

Bitte unbedingt beilegen:

- ☐ Überweisungsschein oder
- ☐ Privatärztliche Abrechnungsvereinbarung + Datenschutzerklärung Abrechnung
(Hinweis: Möglicherweise wird ein Teil der Kosten nicht von allen PK-Versicherungen übernommen)