



## Anmeldeformular für Konsilium

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Patient/-in bitte aufbieten

Patient/-in hat bereits einen Termin am: \_\_\_\_\_

Röntgenbilder liegen bei

**Konsilium mit** rheumatologischer/osteologischer Untersuchung (mit **Therapievorschlag**)

**Konsilium mit** diagnostischem **Ultraschall** des Bewegungsapparates

\_ mit gezielter Punktion/Infiltration/Needling

Lokalisation: \_ Schulter \_ Knie \_ Hüfte \_ Achillessehne \_ andere

**Konsilium mit** **Knochendichtemessung** mittels DXA (LWS und Hüfte/andere Lokalisation: \_\_\_\_\_)

**Konsilium mit** \_\_\_\_\_

**Klinischer Befund oder Diagnose:**

---

---

---

---

**Fragestellung:**

---

---

---

Bitte Schnellbefund an: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Bitte Kopien an: \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift/Stempel: