

Terminanfrage

Dr. med. Lothar Seefried

Name, Vorname (des Patienten):
.....

Geburtsdatum:

Telefonnummer:.....

**Orthopädische Klinik
König-Ludwig-Haus
Bezirk Unterfranken
Brettreichstrasse 11
D-97074 Würzburg**



Christina Wander
 Studienassistentin
 Tel. +49 931 803 3577
 Fax +49 931 803 1574
 christina.wander@klh.de

Verdachtsdiagnose:

Hypophosphatasie
AP- Wert: _____

Phosphatdiabetes / XLH
nüchtern Phosphat: _____

Fib. Dysplasie /
McCune Albright Syndrom

Ehlers-Danlos Syndrom
Beighton-Score: _____

Osteogenesis Imperfecta
Anzahl Frakturen: _____

Sonstige
Knochenstoffwechselstörungen

Achondroplasie
Größe/Perzentile: _____

Lysosomale Speicherkrankheit
Typ: _____

Diagnose / Begleiterkrankungen / Bisherige Therapie:

.....
.....

Fragestellung:

.....

Legen Sie, sofern verfügbar, folgende Befunde in Kopie bei.
Bitte senden Sie uns keine Originale.

Knochendichtemessung, Röntgenaufnahmen, MRT / CT-Untersuchung, Laboruntersuchungen

Praxisstempel
Kontakt behandelnder Arzt

Unterschrift Arzt

1. Formular durch behandelnden Arzt ausfüllen lassen
2. Formular weiterleiten an:

Orthopädische Klinik
König-Ludwig-Haus
Z.Hd. Christina Wander
Brettreichstrasse 11
D-97074 Würzburg

Fax +49 931 803 1574

3. Nach Sichtung der Unterlagen (ca. 14 Tage) melden wir uns direkt beim Patienten