

# 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