

Terminanfrage

PD Dr. med. Lothar Seefried

Name, Vorname (des Patienten):

.....

Geburtsdatum:

Telefonnummer:.....

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



Christina Gütter
 Studienassistentin
 Tel. +49 931 803 3577
 Fax +49 931 803 1574
 christina.guetter@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

1. Formular bitte durch den behandelnden Arzt ausfüllen lassen
2. Formular und Befunde in Kopie weiterleiten an:

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

Fax +49 931 803 1574

3. Nach Sichtung der Unterlagen (ca. 14 Tage) melden wir uns je nach Fragestellung beim Patienten oder dem Zuweiser