



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: