

# Terminanfrage für Neupatienten



Überweisende/r **Praxisstempel:**

**Dr. med. Axel Brand**  
*Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie*  
**Dr. med. Wilhelm Knarr**  
*Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie*  
**Jens Bester**  
*Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie*

**65343 Eltville, Wilhelmstr.3**

Tel.: 06123-7909955 oder 7909956  
Fax: 06123- 7908686

[www.rheumazentrum-eltville.de](http://www.rheumazentrum-eltville.de)  
[kontakt@rheumazentrum-eltville.de](mailto:kontakt@rheumazentrum-eltville.de)

## Patientendaten:

Nachnahme, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: (mögl. Mobil und Festnetz):

E-Mail-Adresse:

Versicherung:

## Grund der gewünschten Vorstellung:

Diagnose, Verdachtsdiagnose, Beschwerden, ggf. Laborwerte (CRP, BSG, CCP, RF?)  
in Anlage beifügen)

Bitte geben Sie der/dem Patient/in eine **aktuelle Überweisung** sowie relevante **Vorbefunde** und den aktuellen **Medikamentenplan** mit (nur schriftliche Befunde, keine Röntgenbilder/CD)

## Einwilligung der/des Patient/in:

Ich bin mit der Weitergabe meiner Anmelde- und Übermittlungsdaten und Übermittlung meiner Vorbefunde an das Rheumazentrum Eltville MVZ GmbH einverstanden.

**Ort, Datum**

**Unterschrift Patient/in:**

Übermittlung bitte per Mail: [kontakt@rheumazentrum-eltville.de](mailto:kontakt@rheumazentrum-eltville.de), od. per Fax/ Post

Vielen Dank für die Zusammenarbeit ☺