



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Patienten-Anmeldeformular Autoimmunsprechstunde

Telefax: 0221-478 98334

Patientin/Patient	Telefonnummer Praxis und Stempel
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geb. Datum:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

Diagnose/Fragestellung: _____

Kurze Anamnese: _____

Antikörper-Diagnostik:

Antinukleäre Antikörper (ANA) negativ positiv Titer 1: _____

ANA-Differenzierung negativ positiv Resultat: _____

Weitere Antikörper (z. B. Rheumafaktor, CCP-AK, Anticardiolipin-AK etc.): _____

Autoantikörper bei bullösen Dermatosen

Ergebnis der direkten Immunfluoreszenz (DIF): _____

Ergebnis der indirekte Immunfluoreszenz (IIF): _____

Nachweis von Antikörpern im ELISA oder Immunoblot: _____

Histologischer Befund: _____

Bisherige Diagnostik: _____

(z.B. EKG, Echokardiographie, Röntgen-/CT-Diagnostik, Sonographie, Labor- und Urindiagnostik, ggf. Befunde in Kopie anfügen)

Bisherige Therapien (inkl. Dauer): _____
