

Formular zur Überweisung einer Patientin/eines Patienten an die Hochschulambulanz der Medizinischen Klinik B des UKM

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Krankenkasse _____

Telefon _____

Medizinische Klinik B für Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie und Klinische Infektiologie

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. J. Trebicka
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
Ebene 03 Ost
48149 Münster

T +49 251 83-43330

F +49 251 83-49542

AmbulanzMedB@ukmuenster.de
www.ukm.de

Verdachts-Diagnose _____

Zuweiser _____

- Patient wurde bereits über Diagnose informiert
- Hausarzt
- Facharzt für Innere Medizin bzw. Gastroenterologie
- Facharzt für: _____

Spezialsprechstunden

- Lebererkrankungen (Morbus Wilson, autoimmune Lebererkrankungen, virale Hepatitiden, Hämochromatose, Zystenleber, Morbus Osler-Rendu-Weber, nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD/NASH), Leberzirrhose, genetische Lebererkrankungen, hepatobiliäre Tumore)
- hereditäre Amyloidose / hepatische Porphyrien
- Transplantationsambulanz
- Endokrinologie
- Diabetologie
- Ernährungsmedizin (Kurzdarmsyndrom)
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Privatambulanz
- Pankreas-Sprechstunde (Autoimmunpankreatitis, hereditäre/chronische Pankreatitis)
- Reflux, chronische Gastritiden, obere gastrointestinale Tumore
- Klinische Infektiologie