

Anmeldeformular Ambulatorium**Klinik für Rheumatologie**

Patienten-Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Kostenträger:

Krankenkasse

Allgemein

Halbprivat

Privat

Unfallversicherung

Militärversicherung

Prof. Dr. med. Oliver Distler
Klinikdirektor**Prof. Dr. med. Adrian Ciurea**
Stv. KlinikdirektorUniversitätsspital Zürich
Klinik für Rheumatologie
Gloriastrasse 25
CH-8091 Zürich

Tel +41 44 255 296 87

Fax +41 44 255 44 15

ruzdispo@usz.ch

www.usz.ch

Allgemeine Sprechstunde (Assistenzärzte oder Kaderärzte)**Persönliche Sprechstunden** (auf persönliche Zuweisung hin bei Kaderärzten möglich)

Prof. Dr. med. A. Ciurea, Stv. Klinikdirektor (Arthritiden, Spondyloarthritiden)

Dr. med. M. O. Becker, Oberarzt (Vaskulitiden)

Dr. med. R. Butsch, Oberarzt i.V. (Arthritiden, Rückenzentrum, Interventionelle Schmerztherapie)

KD Dr. med. S. Blumhardt, Oberärztin (Sonographie, ESWT)

Dr. med. M. Di Chiara, Oberärztin (Myopathien, Vaskulitiden, Lupus)

KD Dr. med. D. Frey, Oberärztin (Osteoporose, DXA)

Dr. med. K. Göhner, Oberärztin (Myopathien, Kollagenosen, Lupus)

PD Dr. med. B. Maurer, leitende Ärztin (Myopathien, Kollagenosen, Lupus, Vaskulitiden, Systemische Sklerose, Sjögren-Syndrom)

Dr. med. R. Micheroli, Oberarzt (Psoriasisarthritis, Sonographie, Synovialbiopsien)

Dr. C. Mihai, Oberärztin (Systemische Sklerose, Kapillarmikroskopie)

Dr. med. P. Rossbach, Oberarzt (Arthritiden, Arthrose, Radiosynoviorthesen, Platelet Rich Plasma)

Dr. med. M. Sprecher, Oberarzt i.V. (Sjögren-Syndrom)

Terminwunsch für die persönliche Sprechstunde wird nach Möglichkeit berücksichtigt, können aber aus betrieblichen Gründen nicht garantiert werden.

Interventionen:

Kapillarmikroskopie

Ultraschall Bewegungsapparat

Radiosynoviorthese

Interventionelle Schmerztherapie

Extrakorp. Stosswellentherapie

Synovialbiopsie Gelenke

Ultraschall Speicheldrüse

Biopsie Speicheldrüse

Knochendichtemessung **mit**
Sprechstunde

Muskelausdauerstest

Muskelkraftmessung

Knochendichtemessung **ohne**
Sprechstunde**Anamnese, Klinik****Fragestellung**

Wir bitten um die Zustellung relevanter Unterlagen

Datum:

Zuweisender Arzt: