



ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL)
am Klinikum St. Georg gGmbH
- Anmeldung -
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig
Fax: 0341 909-2531

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie haben bei Ihrer Patientin/Ihrem Patienten den Verdacht auf eine chronische Immundefizienz?
Um Ihre Anfrage gezielt beantworten zu können, bitten wir Sie um **postalische Zusendung** von

- **relevanten und auf einen Immundefekt hinweisenden Arztbriefen bzw. Vorbefunden sowie**
- **dem ausgefüllten Anamnesebogen**
- **einem aktuellen Blutbild mit Differenzierung, CRP, Kreatinin, ALAT, yGT und Immunglobuline IgA, IgG, IgM und IgE sowie**
- **Urinstatus**
- **einem bundeseinheitlichen Medikationsplan**

Verdacht auf eine Immundefizienz wegen:

- Infektionen**
- Auffällige Laborwerte**
- Malignität**
- Immundysregulation**
- Syndromale Manifestationen**
- immunmodulierende Therapie (z.B. Rituximab)**

Diese Unterlagen schicken Sie bitte **per Post** gemeinsam mit einem **Überweisungsschein (gemäß § 116b)** bzw. **bei Privatpatienten mit einer Kostenübernahmeerklärung** an o. g. Adresse. Nur vollständig ausgefüllte und eingereichte Unterlagen können bearbeitet werden. Innerhalb von 2-4 Wochen werden Sie von uns per Fax kontaktiert.

➤ **Vom Patienten/von der Patientin mitzubringen:**

Zur Vorstellung möchte der/die Patient/in bitte folgendes mitbringen

- die **Chipkarte**
- das **Impfbuch**
- weitere **relevante Vorbefunde/Epikrisen in Kopie** (zum Verbleib bei uns)

➤ **Patientendaten (bitte unbedingt vollständig ausfüllen):**

	Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/>	<u>Überweisende/r Arzt/Ärztin</u>
Name, Vorname			Stempel:
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Tel. privat:			
Tel. Handy:			
E-Mail:			Tel.:
Versichertenart	Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/> <i>(Kostenübernahmeerklärung anfügen!)</i>	Fax:

➤ **Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten per Post an das IDCL übermittelt und dort gemäß DSGVO weiter verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass der anmeldende Arzt über weitere Maßnahmen kontaktiert wird.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich an o.a. Adresse widerrufen werden. Im Widerrufsfall gilt dieser allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift Patient/in _____

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0341 909-3066 bzw. -3660 zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen, das Team des IDCL (ImmunDefektCentrum Leipzig)
am Klinikum St. Georg gGmbH