

Anmeldeformular für einen Termin im Facharztzentrum für Rheumatologie

Stempel Überweiser

Patienten-Name, Vorname	Geb. Datum

Wohnort	Krankenkasse	Telefon	E-Mail

Grund für Vorstellung:	
-------------------------------	--

Kriterien für einen Termin: (Zutreffendes bitte eintragen/ankreuzen)

Früharthritis-Sprechstunde	Zwei oder mehr geschwollene Gelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Symmetrisch geschwollen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Morgensteifigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Dauer der Morgensteifigkeit (bitte eintragen)		
	CRP/BSG (bitte eintragen)		

Spondyloarthritis	Tiefer Rückenschmerz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Seit wann? (bitte eintragen)		
	Erwachen in der 2. Nachthälfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Alter bei Beginn (bitte eintragen)		
	CRP/BSG (bitte eintragen)		

Psoriasisarthritis	Psoriasis in Eigen-oder Familienanamnese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Daktylitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Enthesitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kollagenose/ Vaskulitis	Raynaud-Syndrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Andere Symptome? (bitte eintragen)		
	CRP/BSG (bitte eintragen)		

Uveitis/anderes potenzielle rheumaassoziierte Augenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Bitte fügen Sie der Anmeldung unbedingt die entsprechenden Vorbefunde bei, ansonsten kann kein Termin vergeben werden.