

**elektive Terminvereinbarung per FAX-ANMELDUNG  
in der RHEUMATOLOGIE**

**FAX: 0316/7067-27075**

Bitte berücksichtigen Sie, dass eine Rückantwort bis zu **3 Tage** dauern kann.

In dringenden Fällen (z. B: V.a. septische Arthritis/Organgefährdung ...) bitten wir um telefonische Kontaktaufnahme mit uns unter 0316/7067-26632  
(Erreichbarkeit Montag - Donnerstag zw. 10:30 und 12:30 Uhr)

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel & Telefon/FAX der Praxis

**Daten Patientin/Patient:**

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_



---

**VOM ARZT AUSZUFÜLLEN**

**Symptome:**

Beginn der Beschwerden (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Dauer der Beschwerden > 3 Monate:  nein  ja

"synovitisch" geschwollene Gelenke:  nein  ja: Hände:  Füße:

"Arthritis" Andere:  \_\_\_\_\_

druckschmerzempfindliche Gelenke:  nein  ja: Hände:  Füße:

"nicht degenerativ" Andere:  \_\_\_\_\_

entzündlicher Rückenschmerz?  nein  ja

*(entzündlicher Rückenschmerz = Dauer mind. 3 Mo., Alter unter 40, Besserung auf Bewegung, Nachtschmerz beim Aufstehen, keine Besserung durch Ruhe)*

**Psoriasis** bekannt?  nein  ja  
bekannte **CED**:  nein  ja  
*rezidivierende* Sehnenscheidenentzündungen; Enthesiopathien;  nein  ja  
(*relevante*) Morgensteifigkeit > 30 min.  nein  ja

**BSG** erhöht? Wert: \_\_\_\_\_ mm/1. Stunde

**CRP** erhöht? Wert: \_\_\_\_\_

**RF** Wert: \_\_\_\_\_

**ACCP** Wert: \_\_\_\_\_

rheumatische Erkrankungen in der Familie?  nein  ja: \_\_\_\_\_

vorangegangene Infektion? (in den letzten 3 Monaten)  nein  ja: \_\_\_\_\_

**weitere Symptome:** (Autoinflammation; Vaskulitiden; Kollagenosen, etc.)

-

-

Bildgebende Verfahren (Röntgen, MRT, CT, Szinti ...) vorhanden?

-

-

**Ihre Verdachtsdiagnose?** \_\_\_\_\_

-----

**Unser Terminvorschlag - kann ambulant oder stationär sein!**

**Eine Terminvergabe ist nur bei vollständig ausgefülltem Formular möglich.**

Vielen Dank! Das Team der Rheumatologie