

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

FAX: 0316/7067-27075

Bitte berücksichtigen Sie, dass eine Rückantwort bis zu 3-7 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