



ANMELDUNG RHEUMATOLOGIE

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Wir prüfen alle eingehenden Formulare sorgfältig, können aber aus Gründen beschränkter Kapazität leider nicht alle Anmeldungen berücksichtigen.

PATIENTENDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich divers

Adresse/Wohnort: _____

Tel.: _____ Versichert bei: _____

ÜBERWEISUNGSGRUND (kurze Anamnese und Befunde, Verdachtsdiagnose): _____

Dringlicher Termin Begründung: _____
Routinetermin

Für eine beschleunigte Terminvergabe bitte bereits vorhandene Befunde unbedingt beifügen!

(Labor, immunologische Labor, bildgebende Diagnostik, weitere Diagnostik, etc.)

CRP [mg/l]: _____ Hb: _____ ANA: _____ Bei V.a. Rheumatoide Arthritis Obligat – CCP: _____

Leukozyten [1000µl]: _____ Thrombozyten: _____ ANCA: _____ Bei V.a. Kleingefäß-Vaskulitis Obligat – ANCA: _____

BSG: _____ Kreatinin: _____ HLA-B27: _____ Bei V.a. Spondylo-Arthritis – HLA-B27: _____

Rheumafaktor: _____ Ferritin: _____

Beginn der Beschwerden (Monat/Jahr)?: _____ Dauer der Beschwerden (> 3 Monate)?: _____

Geschwollene Gelenke: ja nein Symmetrischer Befall: ja nein

Druckschmerzhafte Gelenke: ja nein Morgensteifigkeit > 30 min: ja nein

Tiefsitzender Rückenschmerz: ja nein Weitere Symptome: _____

Der/Die o.g. Patient/in ist einverstanden, dass die persönlichen Daten an die Rheumatologie im MVZ Bad Säckingen GmbH übermittelt werden und dabei eine komplette Anonymität nicht gewährleistet werden kann.

Arztstempel

Datum

ärztliche Unterschrift