



Anmeldefax Rheumatologie

(Bitte vom überweisenden Arzt ausgefüllt an rechts genannte Praxis schicken)

Partnerpraxis der



Patientendaten (bitte deutlich schreiben)	
Name, Vorname:	
Telefonnummer:	
Email-Adresse:	
Zuweisender Arzt	
Name, Adresse:	
Telefonnummer:	
(Arztstempel)	
Ist die Vorstellung dringlich nach dem <u>TSVG</u> einzuschätzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abklärung Arthritis	
Sind Gelenke geschwollen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Abklärung Spondyloarthritis (Morbus Bechterew)	
Chronischer Rückenschmerz mit Beginn vor dem 45. Lj.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HLA-B27 positiv?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verdachtsdiagnose/ anderer Vorstellungsgrund	
Symptombdauer:	
Alter des Patienten:	
Laborergebnisse:	CRP (mg/dl): BSG: CCP-AK getestet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergänzungen:	

Bitte übersenden Sie uns gleichzeitig die Überweisung