



## Anmeldebogen für die rheumatologische Sprechstunde

Name: _____	<b>Anmeldung durch:</b>	
Geburtsdatum: _____	Praxis: _____	Praxisstempel
Straße: _____	Krankenhaus: _____	
Wohnort: _____	Abteilung: _____	
Telefon: _____	Arzt: _____	
Krankenkasse: _____	Tel. für Rückfragen: _____	
Hausarzt: _____		

Überweisungsgrund: \_\_\_\_\_

**NOTFALL**

Zusätzliche Begründung: \_\_\_\_\_

**Rückruf heute in der Praxis erbeten** - Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Es liegen vor:

Gelenkschwellungen Seit wann? \_\_\_\_\_

**Schmerzen**  Schultergürtel  untere Wirbelsäule  Hüfte Seit wann? \_\_\_\_\_

Morgensteifigkeit  Fieber  Kopfschmerzen

Laboruntersuchungen (BSG und CRP) **Labor bitte immer zufaxen!**

Röntgenbilder/ MRT / CT

### Bitte diese Fragen unbedingt beantworten, da sonst keine Terminvergabe möglich ist!

War der Patient bereits in rheumatologischer Behandlung?

ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift einweisender Arzt und Stempel

**Falls weitere Befunde vorhanden sind, schicken Sie uns diese bitte per Fax zu. Fax-Nr. 07082-796-52922**

Nach Rücksprache mit dem Arzt **Termin am:** \_\_\_\_\_

Der Termin wird dem Patient ebenfalls mitgeteilt.