



Anmeldebogen für die rheumatologische Sprechstunde

Süddeutsches
Rheumazentrum
Telefon 07082-796-52239
Telefax 07082-796-52922

Name: _____	Anmeldung durch:	
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.