

Name, Vorname des Patienten	
	Datum

Tel.-Nr. und / oder Email Adresse des Patienten

FAX-Anmeldung Internistische Rheumatologie

Unsere Terminvergabe erfolgt mit Einordnung nach **D r i n g l i c h k e i t**.

Wir möchten Sie als Überweiser deshalb bitten, uns nachfolgende unterstützende Patienten-Informationen im Vorfeld zur Verfügung zu stellen. Recht freundlichen Dank.

Ablärung Arthritis :

- neu / wiederholt auftretende entzündliche weiche Schwellung eines oder mehrerer Gelenke (Gelenkerguss) nein ja
- erhöhte BSR / CRP nein ja , Wert: _____
- erhöhte RF / CCP-AK nein ja , Wert: _____

Abklärung axiale Spondyloarthritis :

- neu aufgetretener entzündlicher Rückenschmerz tiefsitzend mit Ausstrahlung in das Gesäß, nächtliches schmerzbedingtes Aufwachen nein ja
- HLA-B27 positiv nein ja
- Ansprechen auf NSAR / Coxibe nein ja
- Nachweis einer Sacroiliitis im Röntgen oder MRT nein ja

Abklärung spezifische entzündliche Autoimmunerkrankung :

- ANA relevant erhöht nein ja , Wert: _____
- Klinisch entzündlich auffällig sind: : _____

Bitte geben Sie dem/der PatientIn neben einem Überweisungsschein relevante Vorbefunde inklusive Labordiagnostik, sowie Bildgebung (Textbefunde, RÖ auf CD) mit.

Der/Die PatientIn wird von uns über einen möglichen Sprechstundentermin informiert.