

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am

Anmeldung

Dr. Rahel Gold, Dr. Verena Hupertz
FÄ für Innere Medizin, Rheumatologie

Handynummer/Tel. Patient:

Praxisstempel:	
Datum	
Durchwahlnummer/Handynummer des anmeldenden Arztes	

Diagnose		
Dringlichkeit aus ärztlicher Sicht:	<input type="radio"/> Ja wenn ja, warum?	<input type="radio"/> Nein
Anmeldung nur a.W. d. Pat.:	<input type="radio"/> Ja	
Vorstellung rheumatologisch bereits erfolgt:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
wenn ja, wann und wo (bitte Vorbefunde)?		
Symptombdauer	Anzahl Wochen <input type="text"/>	Anzahl Monate <input type="text"/>
geschwollene Gelenke?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
anti-CCP erhöht?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Psoriasis?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Achillessehnenanschwellung/ Daktylitis („Wurstzehl/-finger“)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
CED bekannt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rückenschmerzen länger als 3 Monate?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Beginn der Rückenschmerzen vor dem 45. LJ.?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
HLA-B 27?	<input type="radio"/> Positiv	<input type="radio"/> Negativ
CRP	<input type="text"/>	<input type="radio"/> mg/l <input type="radio"/> mg/dl
BKS	<input type="text"/>	mm/h
vorhandene Diagnostik?		
<input type="radio"/> MRT <input type="radio"/> CT		
<input type="radio"/> Röntgen		
<input type="radio"/> Szintigrafie		
Ergänzungen / Fragestellung:		