



Praxisstempel:

Abteilung für Rheumatologie
Dr. Dr. Valeria Dudics

Anmeldung neuer Patient*innen
bitte per Fax: 06623 86 2003

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherung: _____

Telefonnummer: _____

Beschwerden:

Beginn: < 3 Monate

> 3 Monate

- hohe Entzündungsparameter
- auffällige Immunserologie
- Hinweise für Systembeteiligung
- Hinweise für Rheuma in radiologischen Befunden
- Sonstiges

Entzündlicher Rückenschmerz:

- Dauer > 3 Monate
- Alter bei Beginn < 40 Jahre

Peripherer Gelenkschmerz:

- ein Gelenk
- 2-4 Gelenke
- > 4 Gelenke
- große Gelenke
- kleine Gelenke

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beeinträchtigung durch die Beschwerden: **kaum** **sehr stark**

Grund der Vorstellung:

- Diagnosesicherung
- Zweitmeinung
- Komplexität
- Indikation Immunsuppressive Therapie
- Verlaufskontrolle
- Wiedervorstellung

Notfall, weil: _____

Pathologische Befunde: Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen!