



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 Aller bei Beginn < 40 Jahre

Periphere Gelenkschmerzen:

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

Notfall, weil: _____

Pathologische Befunde: Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen!