

Praxisstempel

Klinik für Nephrologie und Rheumatologie

Direktor: Prof. Dr. M. Zeisberg

Anmeldung neuer Patienten unter Fax:

0551 / 39 – 60 362

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Adresse: _____ Versicherung: _____

Telefonnummer: _____

Beschwerden:

Beginn: < 3 Monate > 3 Monate

Hinweis auf Systembeteiligung an/mit:

- | | | | |
|---|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> ungew. Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Blutbild |
| <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie | <input type="checkbox"/> Raynaud-Syndrom | <input type="checkbox"/> Gefäße | <input type="checkbox"/> Muskeln |
| <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Haut / Schleimhaut | | |

Entzündlicher Rückenschmerz

- Dauer > 3 Monate Alter bei Beginn < 40 Jahre

Periphere Gelenkschmerzen

- 1 Gelenk 2-4 Gelenke > 4 Gelenke große Gelenke kleine Gelenke
- symmetrisch asymmetrisch
- morgendlich betont belastungsabhängig

Beeinträchtigung durch die Beschwerden: kaum sehr stark

Grund der aktuellen Vorstellung:

- Diagnosesicherung Zweitmeinung
 Indikation Biologika Verlaufs-/Therapiekontrolle

Notfall, weil: _____

Pathologische Befunde:

(Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen)

Sind alle Laborparameter unauffällig, ist eine rheumatologische Erkrankung überaus unwahrscheinlich und eine Vorstellung nur in speziellen Fällen möglich.

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> BSG > 30 mm/h | <input type="checkbox"/> RF | <input type="checkbox"/> ANCA | <input type="checkbox"/> Bildgebung |
| <input type="checkbox"/> BSG > 60 mm/h | <input type="checkbox"/> anti-CCP-AK | <input type="checkbox"/> Kreatinin | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte ausführen): |
| <input type="checkbox"/> CRP > 2-3x der Norm | <input type="checkbox"/> HLA B27 | <input type="checkbox"/> Leberwerte | |
| <input type="checkbox"/> Blutbild | <input type="checkbox"/> ANA > 1:320 | <input type="checkbox"/> Biopsie | |

Kommentare:

Termin am _____ um _____ Uhr

Bitte zum Termin die Versichertenkarte und eine Überweisung mitbringen !