

## Anfrage für einen Termin

Formular bitte faxen an: 0361/ 26 56 43 99

Bitte geben Sie dem Patienten/ der Patientin Laborergebnisse (inkl. kleines Blutbild, CRP, Kreatinin, GFR, Harnsäure, ALAT, Gamma-GT, Rheumafaktor, Anti-CCP-AK), Arztbriefe, bei Beschwerden in den Händen und Füßen Befunde der Bildgebung sowie ggf. die entsprechenden Datenträger zu ihrem/seinem Termin mit. Vielen Dank!

### Patientendaten

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Patient: \_\_\_\_\_  
(zur Terminvereinbarung)

### Medizinisches Anliegen

Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

Bei *Arthritis*: Hatte der Patient/die Patientin Schwellungen der Gelenke  ja  nein

Wenn ja, welche Lokalisation? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Bei *Spondylitis (Morbus Bechterew)*:

- chronischer nächtlicher Rückenschmerz vor dem 45. Lebensjahr?  ja  nein

- HLA B-27 positiv?  ja  nein

Aktuelle Medikation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum                      Praxisstempel                      Unterschrift behandelnder Arzt