

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