

Anfrage für einen dringlichen Termin

Formular bitte faxen an: 0361/ 26 56 43 99

Bitte schicken Sie mit dieser Anfrage die Laborergebnisse (inkl. kleines Blutbild, CRP, Kreatinin, GFR, Harnsäure, ALAT, Gamma-GT, 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: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer Patient: _____
(zur Terminvereinbarung)

Medizinisches Anliegen

Verdachtsdiagnose: _____

oder bereits gesicherte Diagnose: _____

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

Wenn ja, welche Lokalisation? _____ Seit wann? _____

CRP erhöht bei Axialer Spondyloarthritis (Morbus Bechterew): ☐ ja ☐ nein

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

- HLA B-27 positiv? ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Medikation:

Datum

Praxisstempel

Unterschrift behandelnder Arzt