

Terminvereinbarung

Rheumatologische Ambulanz

Patientendaten:			
Telefonnummer:			
Datum der Anmeldung:			
Zuweiser:	o Facharzt	o Hausarzt	o andere
Befund ergeht an:			
Diagnose (auch Verdachtsdiagnose):			
Symptome:			
Beginn der Beschwerden: _____			
Dauer der Beschwerden \geq 3 Monate:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Synovitisch geschwollene Gelenke:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hände: <input type="checkbox"/> Füße: <input type="checkbox"/>
	andere: _____		
Druckschmerzempfindliche Gelenke:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Hände: <input type="checkbox"/> Füße: <input type="checkbox"/>
	andere: _____		
Entzündlicher Rückenschmerz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Psoriasis bekannt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Rheumatische Erkrankungen in der Familie?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Vorangegangene Infektionen (in den letzten 3 Monaten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Laborparameter:			
BSG:		RF:	
CRP:		ACCP:	
Weitere Symptome: (Autoinflammatio, Vaskulitiden, Kollagenosen, etc.)			
Bildgebende Verfahren (Röntgen, MRT, CT, ...) vorhanden?			
Unterschrift des Arztes:			
Ambulanztermin:		am:	um:
Bitte alle relevanten Vorbefunde mitbringen			
Info an:	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Zuweiser	am: <input type="checkbox"/> von: <input type="checkbox"/>

Version 1

