

Erst- Anmeldung eines Patienten Rheumatologie

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name:	Zuweiser - Praxis:
Vorname:	
Geb. Dat.:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Tel.-Nr.:	Krankenkasse:

Anamnese

Aphthosis vorbekannt?	nein	ja
Photosensibilität vorbekannt?	nein	ja
Psoriasis vorbekannt?	nein	ja
Raynaud-Phänomen vorbekannt?	nein	ja
Sicca-Symptomatik vorbekannt?	nein	ja
Uveitis/Skleritis vorbekannt?	nein	ja
Vorangegangene Infektion?	nein	ja
Falls ja, welche?		
Rheumatische Erkrankungen in der Familie bekannt?	nein	ja
Falls ja, welche?		

Symptomatik

Beginn der Beschwerden (Monat/Jahr)?:		
Permanente Beschwerden > 3 Monate?	nein	ja
Morgensteifigkeit > 30 Minuten?	nein	ja
Tiefsitzende Rückenschmerzen?	nein	ja



Geschwollenen Gelenke?	nein	ja
Hände Füße andere:	Anzahl:	
Druckschmerzempfindliche Gelenke?	nein	ja
Hände Füße andere:		
Symmetrischer Befall?	nein	ja
Kompressionsschmerz der Finger- bzw. Zehengrundgelenke?	nein	ja
Bewegungseinschränkung?	nein	ja
Weitere Symptome?:		

Labor

BSG erhöht?	nein	ja
Wert:	mm/1. Stunde	Datum:
CRP erhöht?	nein	ja
Wert:	mg/dl	Datum:

Wurden bereits immunologische Parameter wie z.B. ANA, Rheumafaktor, anti-CCP-Antikörper, ANCA oder andere bestimmt? – Falls ja, geben Sie bitte an, welche der Parameter auffällig und welche unauffällig waren:

Vorbefunde

Wurden in Bezug auf die aktuellen Beschwerden bereits bildgebende Untersuchungen (Röntgen, MRT, CT, Szintigraphie) durchgeführt? – Falls ja, skizzieren Sie bitte kurz die Ergebnisse:

Gibt es hinsichtlich der aktuellen Beschwerdesymptomatik weitere Vorbefunde?
Falls ja, welche?

Diagnose:

Verdacht rheumatologisch gesichert

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und schicken ihn per Mail an rheumatologie@mvz-frankenber.de oder per Fax an 06451 - 55 7415
Ihr Patient erhält von uns bzgl. eines Termins entsprechend Nachricht.

Vielen Dank!

Ihr Team Rheumatologie – MVZ Frankenberg