



FAX - Anmeldeformular für einen Akut-Termin

Rheumatologische Gemeinschaftspraxis  
 Dr. D. Pick – Dr. C. Amberger  
 Goethestr. 11

53501 Grafschaft  
**FAX: 02641 - 36583**

Stempel Hausarzt  
 Telefon:  
 Fax:

Patient	Name	
	Vorname	
	Geburtsdatum	
	Krankenkasse	
	Telefon (tagsüber)	

**Kriterien für einen Akut-Termin**  
 (Zutreffendes bitte eintragen /ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	<b>Früharthritis-Sprechstunde</b>	
<input type="checkbox"/>	2 oder mehr geschwollene Gelenke	Welche ?
<input type="checkbox"/>	BSG-Erhöhung	Wert [mm/1h]:
<input type="checkbox"/>	CRP-Erhöhung	Wert [mg/dl]:
<input type="checkbox"/>	Morgensteife	Dauer[min.]:

<input type="checkbox"/>	<b>Abklärung Spondyloarthritis / Morbus Bechterew</b>	
<input type="checkbox"/>	Tiefer Rückenschmerz > 3 Monate	
<input type="checkbox"/>	Morgensteife > 30 min.	
<input type="checkbox"/>	Alter bei Beginn <45 Jahre	
<input type="checkbox"/>	Besserung bei Bewegung	<u>BSG [mm/h]</u>
<input type="checkbox"/>	Erwachen in der 2. Nachthälfte	<u>CRP [mg/dl]</u>

<input type="checkbox"/>	<b>V.a. Psoriasisarthritis (bei vorhandener Psoriasis):</b>	
<input type="checkbox"/>	Daktylitis	
<input type="checkbox"/>	Enthesitis	<u>BSG [mm/h]</u>
<input type="checkbox"/>	Uveitis	<u>CRP [mg/dl]</u>

**Raynaud-Syndrom bei V. a. Kollagenose / Vaskulitis**

Anmerkungen / Erläuterungen	
-----------------------------	--

**Bitte vollständig ausfüllen ! Akut-Termin nur bei Vorliegen von Entzündungszeichen !**