

## Anmeldung für Patienten mit Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung

Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte füllen Sie diesen Bogen zusammen mit Ihrem Arzt aus und senden Sie die Datei an uns zurück.  
Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/  
Krankenkasse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

	Ja, seit	Nein
Druckschmerzhaftige Gelenke		
Gelenkschwellungen		
Rückenschmerzen nachts im Liegen		
Weißverfärbung einzelner Finger in Kälte		

Bitte zutreffendes ankreuzen.

Andere Beschwerden \_\_\_\_\_

### Labor:

Anti-CCP-Antikörper	Rheumafaktor
CrP	BSG

Vorstellung beim Rheumatologen bereits erfolgt:  ja  nein

Wenn ja, welcher Rheumatologe und wann zuletzt: