

# FAX-Anmeldeformular für einen Notfall-Termin



RHEUMATOLOGIE

Dr. med. Gerhard Birkner

Filiz Berger

Fachärzte für Innere Medizin/  
Rheumatologie

Stempel Überweiser (bitte mit FAX und TELEFON)



**RHEUMATO-DIRANUK** (GbR)

Hoffmannstraße 8 A

32105 Bad Salzuflen

Telefon: 0 52 22/96380-90

**Telefax: 0 52 22/96380-92**

E-Mail: rheumato@diranuk.de

## Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Krankenkasse	Mobil-Telefon	Telefon (tagsüber)
E-Mail-Adresse		

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

<input type="checkbox"/> <b>Früharthritis-Sprechstunde</b>		
<input type="checkbox"/> zwei oder mehr geschwollene Gelenke		
<input type="checkbox"/> BSG-Erhöhung	Wert [mm/h]	_____
<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	BSG [mm/h]	_____
<input type="checkbox"/> Erwachen in der zweiten Nachthälfte	CRP [mg/dl]	_____

<input type="checkbox"/> <b>Abklärung Psoriasisarthritis</b>		
<input type="checkbox"/> Daktylitis	BSG [mm/h]	_____
<input type="checkbox"/> Enthesitis	CRP [mg/dl]	_____

<input type="checkbox"/> <b>Raynaud-Syndrom bei V. a. Kollagenose/Vaskulitis</b>
<input type="checkbox"/> <b>Uveitis/andere potenziell Rheuma-assoziierte Augenerkrankung</b>

**Entsprechende Vorbefunde bitte beifügen, somit können wir zur Problematik über die Dringlichkeit u. evtl. Dauer eines Ersttermines entscheiden.**

Nach Durchsicht melden wir uns zeitnahe bei dem Pat./der Pat. um das weitere Vorgehen zu besprechen.

**Termin nur bei vollständigen Angaben!**