



Anmeldung – ASV-Rheumatologie

(Vom Patienten auszufüllen)

Name, Vorname (Patient) _____

geboren am _____

Telefon (Festnetz/Handy) _____

E-Mail-Adresse _____

Johanniter GmbH
Johanniter-Krankenhaus
Treuenbrietzen

Klinik I - Internistische Rheumatologie,
Osteologie und Schmerztherapie
Rheumazentrum im Land Brandenburg
Osteologisches Schwerpunktzentrum DVO
ASV-Rheumatologie

Chefärztin Dr. med. Gabriele Zeidler
Johanniterstraße 1
14929 Treuenbrietzen
www.johanniter-treuenbrietzen.de

Tel. 033748 8-2717
Fax 033748 8-2670
E-Mail asv-rheuma@trb.johanniter-
kliniken.de

(Nur vom Arzt auszufüllen)

Dringlichkeit (Terminvereinbarung erfolgt mit dem Patienten):

Dringend oder Regeltermin

Ist der Patient bereits in rheumatologischer Mitbehandlung? Ja Nein

Wenn ja, wo und wann letzte Vorstellung? _____

Verdachtsdiagnose (Bitte unbedingt eintragen):

Aktuelle Symptome/Beschwerden (bitte ankreuzen, wenn bekannt):

- Beginn der Beschwerden: < 12 Wochen/3 – 6 Monate/> 6 Monate
- Prall geschwollene Gelenke (Anzahl _____)
- Plötzlich begonnene Muskelschmerzen des Schulter- und/oder Beckengürtels
- Psoriasis in der Eigen- und/oder Familienanamnese
- Unklares Fieber
- Erwachen durch Rückenschmerz in der 2. Nachthälfte

Aktuelles Labor

BSG _____ **CrP** (quant.) _____ (Normwert: _____)

CCP-Ak _____ Rheumafaktor _____

ANA _____

Weitere Befunde bitte als Anlage (auch per FAX) senden. Bitte geben Sie dem Patienten alle sonstigen Vorbefunde (Röntgen-Bilder, Labor, Arztbriefe, aktuelle Medikamentenliste) und den Überweisungsschein zum vereinbarten Termin mit.

Ihr Praxisstempel mit Telefonnummer:

Datum/Unterschrift