

Anmeldung zur Früharthritissprechstunde

MVZ Treuenbrietzen
Rheumatologische Schwerpunktpraxis

Fax: 033748 8-2575

Name/Vorname des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse und Telefonnummer des Patienten:

Wir teilen den Patienten den vereinbarten Termin mit!

Aktuelle Beschwerden:

Seit: ____/____ Monat/Jahr (unbedingt angeben)
(> 6 Wochen ≤ 6 Monate)

Ihre Verdachtsdiagnose/Fragestellung:

Aktuelles Labor (bitte unbedingt angeben, falls bestimmt):

Rheumafaktor: _____

Ihre Praxis-Adresse (Stempel, Tel.-Nr./Fax-Nr.)

CCP-AK: _____

BSG: _____

CrP (quant.): _____ Normwert:

Weitere wichtige Befunde bitte als Anlage (auch per Fax) senden.

**Bitte geben Sie der Patientin/dem Patienten alle sonstigen Vorbefunde
(Rö-Bilder, Labor, Arztbriefe, aktuelle Medikamentenliste) und den
Überweisungsschein zum vereinbarten Termin mit. Vielen Dank.**