

Anmeldung bei Verdacht auf Spondylitis ankylosans (Spondylarthropathie)

MVZ Treuenbrietzen
Rheumatologische Schwerpunktpraxis

Fax: 033748 8-2575

**Johanniter
Medizinisches Versorgungszentrum
Treuenbrietzen GmbH**

Johanniterstraße 1
14929 Treuenbrietzen
www.mvz-treuenbrietzen.de

**Rheumatologische Schwerpunktpraxis
Alexander Scheibert**

Tel. 033748 8-2574
Fax 033748 8-2575
E-Mail rheumatologie@
mvz-treuenbrietzen.de

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)
(> 3 Monate)

Ihre Verdachtsdiagnose/Fragestellung:

Aktuelles Labor (bitte unbedingt angeben, falls bestimmt):

HLA-B27: _____

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

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.**