

FAX-Anmeldeformular für einen Notfall-Termin



RHEUMATOLOGIE

Dr. med. Gerhard Birkner
Facharzt für Innere Medizin/
Rheumatologie

<div style="border: 1px solid black; width: 90%; margin: 5px auto; padding: 5px;"> Stempel Überweiser (bitte mit FAX und TELEFON) </div>	<div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">FAX</div> <div style="text-align: center;"> </div> <p>RHEUMATO-DIRANUK (GbR) Hoffmannstraße 8 A 32105 Bad Salzuflen</p> <p>Telefon: 0 52 22/96380-90 Telefax: 0 52 22/96380-92 E-Mail: rheumato@diranuk.de</p>
--	---

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Krankenkasse	Telefon (tagsüber)	

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

<input type="checkbox"/> Früharthritis-Sprechstunde		
<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"/> Abklärung Spondyloarthritis/Morbus Bechterew		
<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"/> Abklärung Psoriasisarthritis		
<input type="checkbox"/> Daktylitis	BSG [mm/h]	_____
<input type="checkbox"/> Enthesitis	CRP [mg/dl]	_____

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

Termin:

Rück-Fax o.k.:

Termin nur bei vollständigen Angaben!