



Bitte beachten Sie das die Anmeldung ausschließlich über Ihre betreuende
Arztpraxis / Facharztpraxis erfolgen kann.

Bitte vollständige Angaben per Fax an 07071 - 750 189-99

Patientenname: _____ Alter: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Dr. med. Florian Haas
Internistisch-Rheumatologische
Facharztpraxis

Konrad-Adenauer-Str. 13
72072 Tübingen

t: 0 70 71 / 750 189-0
f: 0 70 71 / 750 189-99

e: info@rheumatologisch-haas.de
w: www.rheumatologisch-haas.de

Verdachtsdiagnose: M. Berychtew rheumatoide Arthritis Sonstiges

Beschwerdebeginn länger als 6 Monate? ja nein

Trauma bzw. Arthrose als Ursache ausgeschlossen? ja nein

Anzahl der geschwollenen Gelenke: 1 - 3 > 4 nein

Morgensteifigkeit > 30min ja nein

Fieber / Gewichtsverlust / Nachtschweiß ja nein

Organsymptome (z.B. Husten, Exanthem incl. Psoriasis, Augenentzündung, etc.) ja nein

welche? _____

Erfolgte bereits eine Behandlung mit zum Beispiel Cortison? ja nein

Ist bzw. war der Patient bereits in rheumatologischer Behandlung? ja nein

LABORERGEBNISSE

CRP > 3-fach über der Norm erhöht ja nein

BSG beschleunigt ja nein

RF und / oder CCP-AK positiv ja nein

HLA B27 positiv ja nein

Bitte mitbringen:

- Versicherungskarte + Überweisung + sämtliche Vorbefunde
(Radiologische Befunde auch immer mit schriftl. Befund)

Wichtig: Falls der Patient verhindert sein sollte bitte zeitnahe Termin-Absage per Telefon oder Fax.

Praxisstempel mit Angabe
der Faxnummer:

