Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte faxen Sie den ausgefüllten Fragebogen an die **rheumatologische Ambulanz der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim, Fax: 06032- 996- 2133** Um evtl. Rückfragen zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, die Angaben innerhalb des Kastens möglichst vollständig auszufüllen

Datum:									
Name des Patienten:									
Arztstempel + Telefonnummer der Praxis									
Geburtsdatum des Patienten:									
Geschlecht: 0 weiblich	0 männlich								
Adresse und Telefonnummer des Patienten:									
Symptome:									
Beginn der Beschwerden (Monat/Jahr):									
Dauer der Beschwerden > 3 Monate:	0 nein	0 ja							
geschwollene Gelenke:	0 nein	0 ja: 0 Hände 0 Füße 0 andere:							
		Anzahl:							
druckschmerzempfindliche Gelenke:	0 nein	0 ja:0 Hände 0 Füße 0 andere:							
		Anzahl:							
symmetrischer Befall:	0 nein	0 ja							



Kompressionsschmerz der Finger- bzw. Zehengrundgelenke: 0 nein 0 ja									
Bewegungseinschränkung:	0 nein		0 ja						
Morgensteifigkeit > 30 min.	0 nein		0 ja						
BSG erhöht?	0 nein	0 ja;	Wert:_		_mm/1.	Stunde			
CRP erhöht?	0 nein	0 ja;	Wert:_		_				
rheumatische Erkrankungen in der Familie?	0 nein		0 ja:			-			
vorangegangene Infektion? tiefsitzende Rückenschmerzen?	0 nein		0 ja: 0 ja			-			
	0 nein								
Psoriasis bekannt?	0 nein		0 ja						
weitere Symptome:									
Bildgebende Verfahren (Röntgen, MRT, CT, Szinti) vorhanden?									
Soll Patient dringlich gesehen werden? Telefon. Rücksprache erwünscht?		0 nein 0 nein		0 ja 0 ja	0 No 1	fall			
Ihre Verdachtsdiagnose?									

Vielen Dank! Das Team der Rheumaambulanz der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

