



Fax: 0451-61324639 Tel.: 0451-61324630

FAX-ANMELDUNG – RHEUMATOLOGIE

für **NEU Patienten**

Anmeldedatum: _____

Stempel Anmelder mit Telefonnummer

WICHTIG: Bitte **faxen** Sie vorhandene **Vorbefunde (Labor, Radiologie, etc.)** mit der Anmeldung und geben Sie diese dem/der Patienten/in zum Termin mit dem **Überweisungsschein** mit! Vielen Dank im Voraus.

Patient (Vor- und Zuname): _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer des Patienten (für Terminrückruf): _____

geschwollene Gelenke:

Anzahl: _____

Seit: _____

Laborwerte: (alternativ Laborausdruck):

BSG: _____

CRP: _____

CCP: _____

ANA: _____

RF: _____

Bemerkungen/Vorbefunde:

