

Datum: \_\_\_\_\_

## **FAX - Anmeldeformular für einen Notfall-Termin**

→ FAX an

FAX von →

472070500 Dr. med. Joerg Engels Arzt für Innere Medizin / Rheumatologie Moselring 3 / 56068 Koblenz Tel. 0261 - 32431, Fax 160105  Stempel Rheumatologe	Stempel Überweiser bitte mit FAX und TEL
---	--

### **Patient**

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Telefon(tagsüber):	

### Kriterien für einen Akuttermin (zutreffendes bitte eintragen/ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Früharthritis-Sprechstunde		
<input type="checkbox"/> 2 oder mehr geschwollene Gelenke		Datum: _____
<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 Spondylarthritis / Morbus Bechterew		
<input type="checkbox"/> Tiefer Rückenschmerz > 3 Monate		
<input type="checkbox"/> Morgensteife > 30 Minuten		
<input type="checkbox"/> Alter bei Beginn < 45 Jahre		Datum: _____
<input type="checkbox"/> Besserung bei Bewegung	BSG [mm/h]: _____	_____
<input type="checkbox"/> Erwachen in der 2. Nachthälfte	CRP [mg/dl]: _____	_____

<input type="checkbox"/> Abklärung Psoriasisarthritis		Datum: _____
<input type="checkbox"/> Daktylitis	BSG [mm/h]: _____	_____
<input type="checkbox"/> Enthesitis	CRP [mg/dl]: _____	_____

Raynaud-Syndrom bei V.a. Kollagenose / Vaskulitis

Uveitis / andere potentiell Rheuma-assoziierte Augenerkrankungen

Termin: \_\_\_\_\_ Rück-Fax o.k.:

**Terminberücksichtigung nur bei vollständigen Angaben**