

Anmeldebogen Patienten im Rheumazentrum Mittelhessen

(vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Datum: _____

Rheumazentrum Mittelhessen

Anschrift:	Sebastian-Kneipp-Str. 36 35080 Bad Endbach
Telefon-Nr.:	0 27 76 / 91 93 83
Fax-Nr.:	0 27 76 / 91 91 71
E-Mail-Adresse:	info@rzmh.de

Überweisende Klinik/Praxis

Klinik/Praxis:	
Anschrift:	
Telefon-Nr.:	
Fax-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
behandelnder Arzt:	

Symptomatiken:

(Zutreffendes bitte angeben/ankreuzen)

Zwei oder mehr geschwollene Gelenke
Welche? _____

Morgensteifigkeit der Gelenke
Welche? _____

Dauer der Steifigkeit: _____ Minuten

Raynaud-Syndrom

Hautveränderungen

nächtlich weckende Rückenschmerzen

Patient

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	
Anschrift:	
Telefon-Nr.:	
(ggf.) E-Mail:	

Sonstige Anmerkungen:

Verdachtsdiagnose:

(Zutreffendes bitte angeben/ankreuzen)

Arthritis / Spondyloarthritis /
Psoriasisarthritis

Kollagenosen

Polymyalgia rheumatica /
Riesenzellarthritis / Vaskulitis

Vorbefunde bitte beifügen!

z. B.: Bilder der betroffenen Körperregion, Arztberichte, Röntgenbilder,
MRT-Bilder, Laborbefunde