

Anmeldung neuer Patienten unter Fax: 02224 / 98 897 018

Praxisstempel

Dr. med. Thilo Schmalbach
Dr. med. Tilman Geikowski

Bahnhofstr. 6
53604 Bad Honnef
Telefon: 02224/5707
Fax: 02224/98 897 018
E-Mail: info@kiasi.de

Patientendaten:
Name, Vorname des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Adresse: _____
Krankenversicherung: _____ durch: _____

Beschwerden: **Erste Symptome:** > 6 Wochen < 6 Wochen

Gelenke Muskeln Haut/SH Auge Fieber
 Raynaud Blutbild Lymphadenopathie Herz/Perikard
 Gefäße Gewichtsabnahme

Periphere Gelenkschmerzen an: großen Gelenken kleinen Gelenken
 einem Gelenk 2-4 Gelenken > 5 Gelenken

Gelenkschwellung: vorhanden nicht sichtbar

Beeinträchtigung durch rheumatische Beschwerden auf Skala von 1-10 (1 = wenig; 10 = stark):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Abhängigkeit der Beschwerden:
 Belastungsabhängigkeit morgendlich betonte Beschwerden

Grund der aktuellen Vorstellung:
 Diagnosesicherung Zweitmeinung Verlaufs-/Therapiekontrolle
 Notfall, weil: _____

Pathologische Laborbefunde: Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen.

Blutbild CRP > 2-3fache der Norm BSG
 ANA (1 : _____) DNA-DS-AK ENA-Blot RF
 HLA-B27 Bildgebung Biopsie sonstiges: _____

Kommentar, Begleiterkrankungen, Diagnosen: