

Anmeldung neuer Patienten

unter Fax: 02224 / 98 897 018



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

Praxisstempel

Patientendaten:

Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	E-Mail:
Telefon:	Handy:
Adresse:	
Krankenversicherung:	durch:

Beschwerden:	Erste Symptome: <input type="checkbox"/> > 6 Wochen <input type="checkbox"/> < 6 Wochen										
<input type="checkbox"/> Gelenke <input type="checkbox"/> Raynaud <input type="checkbox"/> Gefäße	<input type="checkbox"/> Muskeln <input type="checkbox"/> Blutbild <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme										
<input type="checkbox"/> Haut/SH <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie	<input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> Herz/Perikard										
<input type="checkbox"/> Fieber											
Periphere Gelenkschmerzen an:	<input type="checkbox"/> großen Gelenken <input type="checkbox"/> kleinen Gelenken										
<input type="checkbox"/> einem Gelenk	<input type="checkbox"/> 2-4 Gelenken <input type="checkbox"/> > 5 Gelenken										
Gelenkschwellung:	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht sichtbar										
Beeinträchtigung durch rheumatische Beschwerden auf Skala von 1-10 (1 = wenig; 10 = stark):											
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Abhängigkeit der Beschwerden:											
<input type="checkbox"/> Belastungsabhängigkeit <input type="checkbox"/> morgendlich betonte Beschwerden											

Grund der aktuellen Vorstellung:
<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Zweitmeinung <input type="checkbox"/> Verlaufs-/Therapiekontrolle
<input type="checkbox"/> Notfall, weil:

Pathologische Laborbefunde: Befundkopien bitte mit der Anmeldung faxen.
<input type="checkbox"/> Blutbild <input type="checkbox"/> CRP > 2-3fache der Norm <input type="checkbox"/> BSG
<input type="checkbox"/> ANA (1 : _____) <input type="checkbox"/> DNA-DS-AK <input type="checkbox"/> ENA-Blot <input type="checkbox"/> RF
<input type="checkbox"/> HLA-B27 <input type="checkbox"/> Bildgebung <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> sonstiges:

Kommentar, Begleiterkrankungen, Diagnosen:
