



Telefon	08241 504-0
Durchwahl	08241 504-245
Fax	08241 504-289
E-Mail	Rheumatologie-bu@kliniken-oal-kf.de

Terminanfrage vom
(Datum)

Praxisstempel:

Ihre Rückrufnummer:

Patientendaten:

Bitte füllen Sie unten stehende Felder aus und mailen/faxen den Bogen an uns zurück.
Wir melden uns bezüglich der Terminvereinbarung bei Ihrer Rückrufnummer.

Dringlichkeit aus ärztlicher Sicht:

- ☐ Notfall (in diesem Fall bitte anrufen)
- ☐ dringend
- ☐ zeitnah
- ☐ nicht dringlich / elektiv

Überweisungsgrund:

.....
.....

Rheumatologische Diagnose: ☐ Verdacht auf ☐ gesichert

.....

Klinische Hinweise:

- ☐ Gelenkschwellungen
- ☐ Morgensteifigkeit > 30 Min.
- ☐ entzündlicher Rückenschmerz (nachts, gebessert bei Bewegung)
- ☐ Dauer der Symptome > 6 Wochen
- ☐ Psoriasis der Haut

Labor (z.B. CRP, BSG, RF, CCP-AK/ACPA, ANA, HLA-B27)

.....
.....

Vielen Dank für Ihre Kooperation.