

 Fachinternistische Gemeinschaftspraxis Markgräflerland	Anmeldeformular zur Rheuma Sprechstunde	Müllheim Heliosweg 1 79379 Müllheim Tel. +49 (0) 7631 40 84 Fax +49 (0) 7631 167 50
---	--	--

Info: Nur vollständig ausgefüllte Formulare werden bearbeitet. Leider können aus Kapazitätsgründen nicht alle Anmeldungen umgehend berücksichtigt werden. Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig aus, informieren Ihre/n Patient/in und senden es an: **FGM Müllheim FAX: 07631 16750**

Patient/in

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Rufnummer

Anamnese und Befunde:

- Notfall weil: _____
 Normaltermin
- Arthralgien
 Arthritis (Schwellungen)
 Kollagenose
 Vaskulitis

Kurze Beschreibung der Beschwerden:

Laborbefunde (zwingend erforderlich):

Leukozyten(µl)		Kreatinin		ANA	
Rheumafaktor		Ferritin		ANCA	
CRP (mg/l)		Hb		HLA-B27	
BSG		Thrombozyten		CCP	

Urinuntersuchung:

Eiweiss: _____ Erythrozyten: _____ Leukozyten: _____

Sonstige Diagnostik:

- MRT
 CT
 Röntgenbefunde
 Sonstige: _____

Weitere Diagnosen: _____

Zuweiser: Praxis: _____ Ärztin/Arzt: _____

Rufnummer: _____ Fax: _____

Hiermit bestätige ich, dass die/der Patient/in mit der Datenweitergabe einverstanden ist und sie/er laut DSGVO über die Datenschutzregelungen hingewiesen wurde.

Ärztin/Arzt: _____