

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die Vereinbarung eines Termins zur Erstvorstellung in unserer Praxis möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragebögen (gemeinsam mit Ihrem Arzt) auszufüllen.

Meine Daten (Patientin/ Patient):

Name, Vorname*	_____	Geb.-Datum:*	_____
Straße, Haus-Nr.*	_____	Krankenkasse	_____
PLZ, Ort*	_____	Telefon*	_____
Emailadresse	_____	Fax	_____

*Pflichtfelder zur Identifizierung

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten/ Schweigepflichtsentbindung

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Genaue Information finden Sie auf unserer Webseite www.rheumatologie-goettingen.de unter dem Punkt Datenschutz. Hier ist auch aufgeführt, dass Sie diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen können.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke meiner Behandlung in der rheumatologischen Praxis Dr. Anja Maltzahn verarbeitet und gespeichert werden dürfen.
- im Rahmen meiner Behandlung erforderliche Befunde, Informationen und Unterlagen durch die rheumatologische Praxis Dr. Anja Maltzahn bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patientin/Patient):

Bitte beachten Sie:

Wir bitten um vollständige und sorgfältige Bearbeitung der Bögen. Nur durch Ihre Mithilfe ist es uns möglich, die von Ihnen geschilderten Beschwerden bzw. die von Ihnen beigefügten Befunde sachlich und fachlich gut einzuschätzen! Bitte legen Sie Labor-/Blutergebnisse und Arztberichte, Röntgenbefunde bei. Bei den Blutwerten kommt es vor allem auf den Entzündungswert CRP und Rheumafaktoren an. Die Werte sollten hier nicht älter als 8 Wochen sein. Alle weiteren Werte senden Sie bitte ebenfalls mit ein.

Mein Hausarzt / zuweisender Arzt ist:

Name	_____	LANR	_____
Anschrift	_____	BSNR	_____
Telefonnr.	_____	Fax	_____
Emailadresse	_____		_____

Anamnesebogen (für den Hausarzt/ zuweisenden Arzt)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrte Kollege,

leider sind auch in unserer Praxis für internistische Rheumatologie die verfügbaren Termine zur Erstvorstellung sehr knapp geworden.

Um Ihren Patienten bei einem **dringenden Verdacht auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung** einen baldigen Termin zu ermöglichen, bitte wir Sie, den nachfolgenden Anamnesebogen für oder mit Ihrem Patienten auszufüllen.

Da wir gerne die Versorgung von Patienten mit **entzündlichen Rheumaerkrankungen** gewährleisten wollen, ist zur Terminvergabe bei Neupatienten dieser Anamnesebogen unerlässlich geworden.

Bitte kreuzen Sie an oder füllen aus:

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____

V.a. entzündliche Gelenk-/Wirbelsäulenerkrankung:

<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkschwellungen <input type="checkbox"/> derbe Schwellung <input type="checkbox"/> weiche Schwellung <input type="checkbox"/> 1 Gelenk <input type="checkbox"/> 2-4 Gelenke <input type="checkbox"/> >4 Gelenke <input type="checkbox"/> große Gelenke <input type="checkbox"/> kleine Gelenke <input type="checkbox"/> symmetrisch <input type="checkbox"/> asymmetrisch <input type="checkbox"/> morgendlich betont <input type="checkbox"/> belastungsabhängig <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> wo? _____ <input type="checkbox"/> seit wann? _____		
Kommentar:	Ja	Nein
• schmerzbedingtes Aufwachen wegen Rückenschmerzen der Wirbelsäule in der 2. Nachthälfte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besserung der Rückenschmerzen bei Bewegung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Morgensteifigkeit Rücken länger als 45 Minuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anamnese einer Uveitis, Psoriasis, chron. entzündl. Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nachweis eines pathologischen serologischen Befundes? CRP: _____ mg/dl; RF: _____ IU/ml; andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:		

V.a. entzündliche Systemerkrankungen (Vaskulitis, Kollagenose, Fiebersyndrome):

Symptome:

bisherige Befunde:

Kommentar:

Stempel des zuweisenden Arztes (inkl. Faxnummer)
--

Vorbefunde, z. B. Labor, Röntgen/MRT, Orthopädische Befunde, Neurologische Befunde bitte mitsenden!