dr. anja maltzahn
rheumatologie

Praxis für internistische Rheumatologie
Dr. Anja Maltzahn
Fachärztin für Innere Medizin/Rheumatologie
Kurze Straße 2 | 37073 Göttingen
Tel: 05 51 - 63 41 51 11 | Fax: 05 51 - 63 41 51 10
www.rheumatologie-goettingen.de

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:*	
Anschrift*		Krankenkasse	
Telefon*		Fax	
Emailadresse			

*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			

Rücksendung per Fax 0551 - 63 41 51 10

dr. anja maltzahn
rheumatologie

Praxis für internistische Rheumatologie
Dr. Anja Maltzahn
Fachärztin für Innere Medizin/Rheumatologie
Kurze Straße 2 | 37073 Göttingen
Tel: 05 51 - 63 41 51 11 | Fax: 05 51 - 63 41 51 10
www.rheumatologie-goettingen.de

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:**

□ Gelenkschmerzen □ Gelenkschwellungen □ derbe Schwellung □ weiche Schwellung
□ 1 Gelenk □ 2-4 Gelenke □ >4 Gelenke □ große Gelenke □ kleine Gelenke
□ symmetrisch □ asymmetrisch
□ morgendlich betont □ belastungsabhängig □ in Ruhe
□ wo? _____ □ seit wann? _____

Kommentar:	Ja	Nein
• schmerzbedingtes Aufwachen wegen Rückenschmerzen der Wirbelsäule in der 2. Nachthälfte?	☐	☐
• Besserung der Rückenschmerzen bei Bewegung?	☐	☐
• Morgensteifigkeit Rücken länger als 45 Minuten?	☐	☐
• Anamnese einer Uveitis, Psoriasis, chron. entzündl. Darmerkrankung?	☐	☐
• Nachweis eines pathologischen serologischen Befundes? CRP: _____ mg/dl; RF: _____ IU/ml; andere: _____	☐	☐
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!

Rücksendung per Fax 0551 - 63 41 51 10