

Kankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Anmeldung zur Früharthritis-Sprechstunde bei:
Name u. Adresse des niedergelassenen Rheumatologen, der am Früharthritis-Projekt
teilnimmt / Mitglied des Kooperativen RZs Münsterland

Tel.-Nr. Patient: _____

Datum: _____

Anmeldebogen Früharthritis-Sprechstunde

Vom Zuweiser bitte auszufüllen (z.B. Hausarzt oder Orthopäde):

Gelenkschmerzen seit weniger als 6 Monaten ? Ja

Mindestens 1 eindeutig geschwollenes Gelenk (weiche Schwellung) Ja

Morgensteifigkeit der Hände oder Füße > 30 Minuten? Ja

BSG:n.W. /mm/h und/oder **CRP:**mg/dl odermg/l

Nur falls vorhanden, bitte ausfüllen:

Rheumafaktor: pos. neg.

CCP-Antikörper: pos. neg.

Wichtiger Hinweis:

Bitte verzichten Sie möglichst auf eine lokale oder systemische Applikation von Glukokortikoiden vor einem Vorstellungstermin beim Rheumatologen. Nicht-steroidale Antirheumatika können eingesetzt werden.

Rückantwort bitte an den zuweisenden Arzt:

.....

Tel.: FAX:

Vorschlag für einen Vorstellungstermin beim Rheumatologen: _____

Der Patient wurde bereits über den Termin informiert!

Kooperatives Rheumazentrum Münsterland e.V.
Koordination & Service: Dr. rer. nat. Griseldis Hübner-Kroll
Albert-Schweitzer-Campus 1 / Gebäude A1, 48149 Münster

Tel.: 0251 / 835 2428
Fax: 0251 / 835 6429
E-Mail: RheumazentrumML@ukmuenster.de