



## Anmeldung von Patienten in der ASV mit Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung

Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte füllen Sie diesen Bogen zusammen mit Ihrem Arzt aus und senden Sie das Formular an uns zurück.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Privatversichert:  Ja  Nein

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### 1. Ist eine Vorstellung beim Rheumatologen bereits erfolgt?

Ja  Nein

#### 1.1. Wenn ja, welcher Rheumatologe/Rheumatologin hat Sie betreut und wann zuletzt behandelt

\_\_\_\_\_

#### 1.2. Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt?

Diagnose: \_\_\_\_\_

### 2. Leiden Sie unter Gelenkschwellungen?

Ja  Nein

### 3. Liegen druckschmerzhaft Gelenke vor?

Ja  Nein

#### 3.1. Wenn ja, seit wann treten die Beschwerden auf?

\_\_\_\_\_

### 4. Haben Sie Rückenschmerzen nachts im Liegen?

Ja  Nein

#### 4.1. Wenn ja, seit wann bestehen die Rückenschmerzen?

\_\_\_\_\_

### 5. Liegen andere Beschwerden vor?

\_\_\_\_\_

