

Anmeldung

Rheumatologische Schwerpunktpraxis
PD Dr. Jan Brandt-Jürgens

Bundesallee 104-105
12161 Berlin
Fax 030 85993389
Email info@rheumapraxis-brandt-juergens.de



PARTNERPRAXIS 2016



Patientendaten

Name _____

Geburtsdatum _____

Tel _____

Ärztliche Angaben

Kassenstempel

Dringlichkeit ja nein

Symptombdauer Anzahl Wochen Anzahl Monate

Geschwollene Gelenke ja nein

anti-CCP erhöht ja nein

Psoriasis ja nein

Rückenschmerzen länger als 3 Monate ja nein

Beginn der Rückenschmerzen vor dem 45. Lebensjahr ja nein

HLA-B27 positiv negativ

CRP-Wert mg/l
 mg/dl

Ergänzungen _____
